

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da qualidade da atenção à pessoa com hipertensão e/ou
diabetes na ESF Joana Florêncio, em Açu/RN**

Yanneis Rodrigues Parra

Pelotas, 2015

Yanneis Rodrigues Parra

**Melhoria da qualidade da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na
ESF Joana Florêncio, em Açu/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristiane Diniz Félix

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

P259m Parra, Yanneis Rodríguez

Melhoria da Qualidade da Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF Joana Florêncio, Em Açu/RN / Yanneis Rodríguez Parra; Cristiane Diniz Félix, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Félix, Cristiane Diniz, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe por seu apoio, compreensão e pela força que sempre me deu para realizar o trabalho com qualidade e dedicação.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por me dar forças e vontade de fazer o trabalho melhor.

À minha orientadora Cristiane Diniz Félix, pela ajuda brindada e apoio incondicional.

À minha família pelo apoio e compreensão.

À minha equipe de trabalho pelo esforço na realização do trabalho.

À gestora municipal de saúde pela ajuda brindada no trabalho.

Aos nossos usuários pela colaboração.

Resumo

RODRIGUEZ, Yanneis Parra. **Melhoria da qualidade da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na ESF Joana Florêncio, em Açu/RN.** 2015. 103f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição multifatorial associada frequentemente a alterações metabólicas e dos órgãos-alvo, com aumento do risco de eventos cardiovasculares, sendo um grave problema de saúde pública. O Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, cuja prevalência nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões em 2030. Diante disso, a equipe da ESF Joana Florêncio escolheu desenvolver um projeto de intervenção voltado ao cuidado à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, pois são doenças que têm uma alta incidência e prevalência na área adstrita e muita demanda na unidade de saúde, sendo que, o programa de atenção a pessoa com hipertensão e ou diabetes possuía baixa cobertura. O objetivo geral da intervenção foi a melhoria da qualidade da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na ESF Joana Florêncio em Açu/RN, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado em todos os níveis de atenção. A intervenção foi desenvolvida no período de quatro meses entre o período de 2 de fevereiro a 2 de maio de 2015. As ações implementadas foram baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde e no protocolo municipal do programa HIPERDIA. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações voltadas ao aumento da cobertura, qualificação, melhoria do registro, adesão, classificação do risco e promoção da saúde do público alvo. As ações desenvolvidas seguiam quatro eixos norteadores: qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação. Foi possível monitorar a situação de saúde de 353 hipertensos (66%) e 80 diabéticos (65%). As metas de qualidade foram quase todas atingidas em 100% em razão dos os hipertensos e ou diabéticos realizarem exame clínico apropriado, exames em dia conforme protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa dos faltosos, registros adequados, estratificação de risco cardiológico, orientações nutricionais e atividade física, ao tabagismo e sobre higiene bucal. O estudo foi benéfico para a comunidade, pois os usuários compreenderam a importância do cuidado, enriqueceram os conhecimentos sobre a existência do Programa HIPERDIA, assim como características, complicações e prevenção da HAS e do DM, e todos os cadastrados tiveram a oportunidade de receber avaliação integral conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. O vínculo entre os membros da equipe e a comunidade foi fortalecido. A ESF organizou arquivos específicos de atendimento, assim como toda a rotina de prestação de serviços a esses usuários. E por fim, a intervenção exigiu uma maior preparação para a equipe e união de todos.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia1- Registro de atendimento odontológico	83
Figura 2	Fotografia 2- Registro da aferição da pressão arterial e preenchimento dos impressos	84
Figura 3	Fotografia 3 - Reunião da equipe para monitoramento das ações	85
Figura 4	Fotografia 4- Atividade educativa de grupo	85
Figura 5	Fotografia 5- Confraternização com o grupo HIPERDIA	86
Figura 6	Gráfico 1- Proporção de Hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa com hipertensão e diabetes na ESF Joana Florêncio, 2015	89
Figura 7	Gráfico 2- Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética na ESF Joana Florêncio, 2015	90
Figura 8	Gráfico 3- Proporção de hipertensos cadastrados programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética na ESF Joana Florêncio com exame clínico em dia, 2015	91
Figura 9	Gráfico 4- Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na ESF Joana Florêncio, 2015	92
Figura 10	Gráfico 5- Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com exames complementares em dia na ESF Joana Florêncio, 2015	93
Figura 11	Gráfico 6- Proporção de diabéticos com exames complementares em dia na ESF Joana Florêncio, 2015	94
Figura 12	Gráfico 7- Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na ESF Joana Florêncio, 2015	95
Figura 13	Gráfico 8- Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na ESF Joana Florêncio, 2015	96

Figura 14	Gráfico 9- Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Joana Florêncio, 2015	99
Figura 15	Gráfico 10- Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Joana Florêncio, 2015	100
Figura 16	Gráfico 11- Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Joana Florêncio, 2015	101
Figura 17	Gráfico 12- Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Joana Florêncio, 2015	102

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
HPV	Papiloma Vírus Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio e Saúde Familiar
RN	Rio Grande do Norte
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica	28
2.1 Justificativa.....	28
2.2 Objetivos e metas.....	30
2.2.1 Objetivo geral.....	30
2.2.2 Objetivos específicos e metas	30
2.3 Metodologia.....	32
2.3.1 Detalhamento das ações	33
2.3.2 Indicadores	57
2.3.3 Logística.....	62
2.3.4 Cronograma.....	67
3 Relatório da Intervenção.....	68
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	68
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	73
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	73
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	74
4 Avaliação da intervenção.....	75
4.1 Resultados	75
4.2 Discussão.....	89
5 Relatório da intervenção para gestores	91
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Referências	97
Anexos	98

Apresentação

Este volume trata da descrição do Projeto de Intervenção intitulado “Melhoria da qualidade da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na ESF Joana Florêncio, em Açu/RN”. Foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde instituído no Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, publicados no ano de 2013. O curso teve início em julho de 2014 e término em setembro de 2015. A intervenção teve início em 02 de fevereiro de 2015 e término em 02 de maio de 2015.

O volume está organizado em sete capítulos: O Capítulo 1 – Análise Situacional faz uma descrição do município, a estrutura e organização da rede de saúde local, assim como a estrutura da unidade básica de saúde onde aconteceu a intervenção, a organização do trabalho, as principais ações programáticas realizadas e os indicadores de cobertura e qualidade dessas ações. O Capítulo 2 – Análise Estratégica traz a justificativa da intervenção com seus objetivos e metas, detalhamento das ações, metodologia, cronograma da intervenção, os indicadores e a logística do projeto. O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção faz um relato das ações previstas e desenvolvidas no projeto e as ações não desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços. O Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção retrata os resultados alcançados na intervenção em cada um dos quatro meses. O Capítulo 5 – Relatório para os gestores é o registro para a gestora de saúde municipal do que foi a intervenção. O capítulo 6 – Relatório para a comunidade é o relatório da intervenção para a comunidade. O Capítulo 7 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem traz uma avaliação do que foi apreendido no decorrer do curso de especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas, de como foi o desenvolvimento do trabalho e o que significou o curso para a prática profissional do aluno.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A comunidade de Vertentes II está situada no bairro Vertentes que pertence à zona urbana do município de Açú, e possui uma população total de 3600 pessoas que vivem na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Joana Florêncio, serviço de saúde em que trabalho. Esta população é dividida em 1440 pessoas do sexo masculino e 2160 do sexo feminino, na faixa etária de menores de 20 anos há 1440 pessoas (40% do total da população), entre 20-59 há 1800 pessoas (50% na população total), e com mais de 60 anos há apenas 360 pessoas (10% da população). De acordo com os dados encontrados até julho de 2013, na comunidade existem 560 pessoas com hipertensão e 273 pessoas com diabetes, segundo registros de SIAB.

A estrutura física da UBS tem algumas dificuldades pelo fato de trabalharem duas equipes juntas no mesmo espaço e não termos locais de atendimento adequado para todos os profissionais, o que impede a realização dos atendimentos com qualidade. Mas creio que a situação será resolvida, pois já está aprovado o projeto para a construção de uma estrutura física para o funcionamento das ESF.

A equipe na qual estou inserida é formada por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma médica.

O serviço funciona de 7h às 11h e de 13h às 17h de segunda à sexta-feira, sendo esta a jornada de trabalho dos profissionais, exceto eu que trabalho de segunda à quinta-feira, e tenho liberação de oito horas semanais para desenvolvimento das atividades do curso de especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas.

Na rotina do serviço há dias para os atendimentos de grupos priorizados como gestantes, lactantes, hipertensos, diabéticos e saúde mental, assim como para as visitas domiciliares. O agendamento das consultas é feito conforme protocolo de seguimento de cada grupo. Quanto à saúde materno-infantil não tivemos óbitos em menores de um ano em 2013. A proporção de crianças com até um ano com esquema de vacina completo é de 100%, e das gestantes que tiveram sete ou mais consultas pré-natal é de 95%. É realizado acompanhamento do pré-natal pela enfermeira e a médica, e assim como as consultas de puericultura a crianças menores de dois anos.

As principais causas de internação nas pessoas maiores de 60 anos são as complicações das doenças crônicas e as infecções respiratórias agudas complicadas. Quando há diagnósticos de hanseníase, leishmaniose e tuberculose os portadores são encaminhados para um serviço especializado. Atualmente não há portadores de hanseníase, havendo dois portadores de tuberculose e um portador de leishmaniose. Cabe à unidade básica o tratamento precoce e a busca ativa dos faltosos às consultas na unidade especializada e por fim o tratamento supervisionado.

A equipe realiza reunião de planejamento das atividades uma vez por mês e está comprometida com o governo municipal e especialmente com a comunidade, com o propósito de melhorar sua situação de saúde e brindar um atendimento com a qualidade que eles merecem.

Não há uma rotina de capacitação dos profissionais da equipe, mas a secretaria de saúde às vezes desenvolve atividades de capacitação sobre temas específicos escolhidos pela gestão.

Para melhorar a qualidade de vida da população precisamos aumentar a quantidade de especialistas, assim como adiantar a realização dos exames necessários aos pacientes do município.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Ao iniciar a especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas, na modalidade à distância, foi realizada uma análise subjetiva sobre a rede de atendimento à saúde no município a partir da questão reflexiva: “Qual a situação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família

(ESF) no município?”, resultando em um conhecimento inicial sobre o serviço. Este conhecimento foi aprofundado no desenrolar do curso, quando foi realizada a Análise Situacional com levantamento das questões que envolvem serviços de saúde no município, o que proporcionou um maior conhecimento a respeito da rede de assistência à saúde local, os processos de trabalho na ESF Joana Florêncio e as principais ações programáticas da unidade, assim como os indicadores de cobertura e qualidade dessas ações, disponibilizados ao preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP) (Anexo D).

Açu é um município brasileiro situado no interior do estado do Rio Grande do Norte, localizado na microrregião do Vale do Açu, que está na mesorregião do Oeste Potiguar e no Polo Costa Branca, a 207 km da capital do estado, Natal. Seus municípios limítrofes são: Serra do Mel, Carnaubais, Mossoró, Upanema, Paraú, Jucurutu, São Rafael, Itajá, Ipanguaçu, Afonso Bezerra e Alto do Rodrigues. A área territorial do município é de 1.269,235 km². Sua aptidão para a atividade agrícola é regular e restrita para pastagem natural. Em algumas áreas as terras são aptas para culturas especiais de ciclo longo (algodão arbóreo, sisal, caju e coco), na parte centro-norte as terras são indicadas para preservação da fauna e flora ou para recreação. As atividades econômicas mais importantes são: a agricultura (fruticultura voltada para a exportação), a pecuária, a indústria (cerâmica e a petrolífera, entre outras) e o setor de serviços, além do comércio e da pesca. Tem aproximadamente 53.245 habitantes de acordo com o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, sendo 39.369 residentes na cidade e 13.876 residentes nas comunidades rurais do município.

A rede de assistência à saúde conta com um hospital público estadual pequeno que comporta: sala de emergência, sala de internação, sala de partos, sala de cirurgias, laboratórios e unidade de cuidados intensivos. Há ainda uma unidade de pronto atendimento onde é realizado atendimento às urgências da localidade e cidades vizinhas. Compõe também a rede uma maternidade particular vinculada com o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Prefeitura Municipal. Conta-se também com o Centro de Especialidades Médicas onde são realizadas consultas com especialistas tais como: ortopedista, neurologista, clínico geral, ginecologista, pediatra, urologista, mastologista, cardiologista, cirurgiões, nutricionista, gastroenterologista, psiquiatra e são referência de alguns programas como pré-natal de alto risco, vacinas e exame citopatológico. Neste serviço também são feitos

exames laboratoriais e outros de apoio diagnóstico tais como eletrocardiograma, ultrassonografias e endoscopias. Há ainda um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Reabilitação Integral e 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), delas 10 são urbanas e seis rurais, todas com a Estratégia de Saúde da Família e 12 contando também com Equipe de Saúde Bucal. Além disso, conta-se com quatro laboratórios privados, um Centro de Imagem privado, um Centro de Especialidades Oftalmológicas privado e duas clínicas particulares que estão vinculadas com o SUS através da prefeitura municipal, onde são feitas radiografias, ultrassonografias, exames oftalmológicos, laboratoriais e outros. No caso das especialidades e exames que não realizados no município, os usuários são referenciados para outras cidades por meio de pactuações intermunicipais. Também funciona no município o programa Melhor em Casa e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que está composto por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psiquiatra e educador físico. Apesar desta extensa rede de apoio há grandes dificuldades na realização de exames, com períodos de espera por vezes superiores há um mês, devido ao excesso de demanda. No caso das consultas com especialistas, também existe um excesso de demanda maior que as possibilidades de oferta do município, causando por vezes uma espera de vários meses pela avaliação especializada. Outro problema a destacar é o déficit de médicos no hospital e no pronto atendimento, havendo períodos sem a presença de médicos plantonistas dificultando e referência dos usuários da atenção primária à atenção terciária. Também há dificuldade pela falta de contra referência hospitalar à ocasião da alta dos usuários, e ainda há déficit de materiais para fazer curativos, cirurgias, cuidados perinatais, e de medicamentos. Neste caso, necessita-se de maior comprometimento dos gestores em todas as esferas políticas, para resolver estes problemas que colocam em risco a vida dos usuários e diminuem o prestígio e confiança da população para com o SUS.

A UBS Joana Florêncio, na qual trabalho, pertence à zona urbana do município. Esta foi construída para funcionar como Unidade Básica de Saúde (UBS), mesmo assim a estrutura não cumpre com os requisitos norteados pelo Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008). A estrutura física da unidade encontra-se deteriorada, carente de pintura, as paredes estão perdendo o reboco, as portas e janelas estão em mal estado de conservação e além disso, carece de espaço para o desempenho dos profissionais nas diferentes áreas de

trabalho. A estrutura conta com um consultório odontológico, dois consultórios para o atendimento das duas médicas, sendo que as enfermeiras têm que programar seus atendimentos nos dias que não é realizado o serviço de vacinação ou nos dias de estudo das médicas; uma sala de vacinas que nos dias que não tem programação de vacina no posto, é usada para os atendimentos das enfermeiras; uma sala de procedimentos básicos que às vezes também é usada para os atendimentos das enfermeiras; uma sala de curativos onde também são feitas as atividades de esterilização e armazenando de material, exceto o material do dentista que é guardado no consultório odontológico. A equipe organiza estratégias para fazer os procedimentos de esterilização nos horários de menos afluência dos curativos e procura cumprir da melhor maneira possível com protocolos de saneamento estabelecidos, buscando minimizar os riscos de contaminação. Conta-se ainda com uma sala de guarda de prontuários que necessita de mais estantes para organizar os prontuários novos e a instalação futura do prontuário eletrônico. A recepção fica junto com a sala de espera, onde aguardam os usuários para as diferentes consultas com o médico, a enfermeira e o dentista, sendo um espaço pequeno, tornando difícil o trânsito de usuários e profissionais nos dias de maior fluxo. Há também um banheiro para os trabalhadores e um para os usuários, e uma copa/cozinha. Não há ventilador na sala de espera, o que contribui a insatisfação dos usuários. Não contamos com sala de reuniões, nem sala para agentes comunitários de saúde (ACS), sendo necessário aguardar o fim do expediente para realizar as reuniões e outras atividades planejadas pela equipe. Em resumo, os problemas estruturais provocam insatisfação da população, pois comprometem a qualidade do trabalho, considerando ainda que a atenção de qualidade começa pelo acolhimento ao adentrar a unidade. Acredito que o problema terá solução em breve porque já foi aprovado um projeto para a construção de uma nova estrutura física.

No caso dos equipamentos e instrumentos de uso geral, os mais importantes para o trabalho estão em boas condições, embora ainda tenhamos carências de importantes equipamentos como oftalmoscópio e negatoscópio cuja falta também compromete o serviço. Os instrumentos e equipamentos do consultório odontológico como autoclave, cadeira odontológica, amalgamador e compressor de ar estão em perfeitas condições, e o instrumental para o atendimento eletivo, atendimento de urgências, realização de cirurgias e procedimentos periodontais está completo e em ótimo estado. O material usado nos procedimentos da UBS pode ser considerado

suficiente. A maior dificuldade a respeito dos equipamentos é quanto à revisão e calibragem de instrumentos de precisão como balanças e esfigmomanômetros que só é realizada uma vez por ano. Outra necessidade é quanto à disponibilização em quantidade suficiente de formulários de uso diário como receituário comum e de medicamentos controlados. Chama atenção a quantidade de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos que deveriam estar em uso na UBS e são inexistentes na lista de medicações fornecidas pelo município, pois é sabida a importância dos mesmos para apoiar diferentes tratamentos alternativos. Também há falta de medicamentos de uso frequente como analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivos, anti-inflamatórios e outros não menos importantes. Lamentavelmente a instabilidade e atraso na chegada dos medicamentos faz com que muitos usuários totalmente dependentes do SUS fiquem sem fazer o tratamento indicado, o que pode produzir a descompensação das doenças crônicas. Entretanto, problemas como este fogem à governabilidade da equipe, pois existe uma programação anual realizada pelo farmacêutico em conjunto com os profissionais para solicitação das medicações que devem ser disponibilizados pela farmácia básica municipal, e ainda assim persistem os problemas por falta de medicações. Em busca de soluções, está havendo discussões com a gestora municipal sobre este problema.

Esta UBS funciona há 20 anos e tem dois turnos de atendimento de segunda a sexta-feira, sendo prestada atenção de qualidade à população como modelo de ESF. Está vinculada com o SUS, através da Prefeitura Municipal, tendo estabelecido ainda parcerias com instituições de ensino através do Programa Saúde na Escola. Na unidade trabalham duas equipes, eu trabalho com a equipe II que está formada por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco ACS, um dentista, uma auxiliar em saúde bucal e uma médica. A equipe I conta com uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e uma médica que é também especializando do curso e também desenvolve o mesmo projeto, há muita cooperação entre as duas equipes. Conta-se ainda com outros trabalhadores de apoio como: um agente de segurança, uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais.

Todos os integrantes da equipe Vertentes II participam do mapeamento da área de atuação, assim como da identificação de grupos e famílias expostos a riscos, na identificação de pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, além de patologias como o parasitismo intestinal, entre

outras. Também é prestado cuidado nos domicílios tais como curativos, aferição de pressão, atendimentos individuais, entrega de medicamentos, vacinação, revisão puerperal entre muitos outros. Na UBS há condições para fazer pequenas cirurgias, mas apenas prestam-se atendimentos de urgência e emergência.

A equipe faz uso dos protocolos de encaminhamentos dos usuários a outros níveis do sistema de saúde respeitando fluxos de referência e contra referência para um melhor atendimento e avaliação destes. Também é acompanhado o plano terapêutico proposto aos usuários quando são encaminhados a outros níveis do sistema de saúde, embora tenhamos dificuldades para receber contra referências. É dada atenção às doenças de notificação e investigação compulsória, sendo atribuição do médico e da enfermeira junto com os técnicos de enfermagem, o preenchimento dos formulários necessários. Uma atribuição muito importante da equipe de saúde é a realização de atividades de grupo com as gestantes, nutrízes, grupos de puericultura, de pré-natal, de planejamento familiar, de combate ao tabagismo e às drogas, assim como o seguimento das pessoas com hipertensão e diabetes, além da saúde bucal. Cada profissional da equipe participa do gerenciamento dos insumos necessários para o trabalho da UBS. Uma vez por mês é realizada reunião com todos os membros da equipe e algum funcionário da secretaria de saúde ou da prefeitura para esclarecimento de dúvidas ou discussão sobre situações que afetam a saúde da população. Embora os profissionais da equipe dediquem-se a cumprir com suas atribuições, de forma geral ainda há muito que fazer, pois falta mais engajamento profissional para aumentar a qualidade das ações e assim atender completamente às necessidades do serviço e da população. Apesar do comprometimento da equipe com a carga assistencial e o trabalho, ainda pode-se fazê-lo melhor, sendo fundamental analisar as limitações nas atribuições dos profissionais de forma detalhada nas reuniões da equipe e procurar soluções.

Todos os profissionais da UBS participam das atividades de qualificação profissional, sendo temas de estudo as normas de atendimento de pré-natal e puericultura, assim como o controle das doenças que estão em maior destaque no mundo e no município. A Secretaria Municipal de Saúde define os temas para o estudo e organiza os encontros com os profissionais de saúde do município mensalmente.

A ESF Joana Florêncio tem sua área geográfica de abrangência definida e o mapa da área atualizado, isto ajuda a ter melhor conhecimento da situação de saúde

da população. Esta atualização é uma ferramenta fundamental para o conhecimento da situação de saúde da população e organização das ações. A última vez que foi feito o cadastro da população foi em 2014, e atualmente a equipe está trabalhando em uma nova atualização, pois estão cadastradas 90% da população total, pela existência recente de novas micro áreas adstritas ao serviço. A área adstrita tem um total de 3.600 pessoas população para a equipe II, delas 1.640 são do sexo masculino e 1.960 do sexo feminino; 26 pessoas menores de um ano dos quais 14 são homens e 12 mulheres; na faixa etária de 1 a 4 anos há 100 crianças, delas 53 são mulheres e 47 são homens; entre 5 e 14 anos encontram-se 630 pessoas das quais 382 são mulheres e 248 são homens; de 15 a 59 anos há 2.543 pessoas, deles 1.346 são mulheres e 1.197 são homens; com mais de 60 anos só há 301 pessoas, das quais 165 são mulheres e 136 são homens. Podemos observar que em todas as faixas etárias predomina o sexo feminino e uma população em maioria jovem. A estimativa apontada pelo CAP não está de acordo com a distribuição real da população por sexo e faixa etária na área, pois segundo esta referência, há na área 53 menores de um ano, 106 pessoas de 1 a 4 anos, 625 pessoas de 5 a 14 anos, 2.317 pessoas de 15 a 59 anos e 390 pessoas com 60 anos ou mais. Mas há expectativa de aproximação destes valores com o término do cadastro total da população.

Na UBS há grande demanda para atendimentos individuais, em maioria por mulheres. São realizadas de forma programática as consultas de pré-natal, puericultura, acompanhamento da hipertensão e do diabetes e atendimento de saúde mental, em turnos de atendimentos específicos. Os turnos excedentes são deixados para o atendimento da demanda espontânea, que não é extensa ao ponto de ser excessiva.

Também há grande demanda de atendimentos de saúde bucal, pelo fato de ser o serviço de odontologia comum para as duas equipes, são realizadas consultas de atenção à saúde bucal para gestantes, idosos, crianças e doenças crônicas não transmissíveis e demanda espontânea.

O processo de acolhimento na UBS constitui a porta de entrada para a rede de assistência à saúde municipal, daí a importância do conhecimento em relação às suas diretrizes. É necessário que haja solidariedade entre os trabalhadores e usuários, que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários, para melhorar a

qualidade do processo de atendimento. Iniciei o trabalho na UBS no mês de maio/2014 tendo como rotina desde então o atendimento nos dois turnos, em todos os dias da semana. No decorrer deste período, nota-se que o excesso de demanda espontânea tem diminuído consideravelmente, estando o acolhimento mais organizado, proporcionando uma melhor atenção ao usuário, e isso é fruto do esforço da equipe. O acolhimento é realizado em todos os dias de atendimento da UBS, nos dois turnos, sem quantificação prévia do número de atendimentos médicos, que depende do número de usuários e da necessidade específica de cada um. A população pode procurar o serviço durante todo o horário de funcionamento do serviço. A definição do tipo de atendimento que será prestado à essa demanda se faz mediante avaliação, classificação do risco biológico e vulnerabilidade social. O usuário é recebido pelas técnicas de enfermagem que realizam a classificação do risco baseada em seus conhecimentos, sendo posteriormente encaminhados para a avaliação por outros profissionais da equipe ou para o agendamento da consulta. Os casos que não podem ser tratados na unidade são encaminhados para os serviços de urgência do município. São potencialidades do serviço o fato do acolhimento ser realizado em todos os dias e horário de funcionamento da UBS, e o fato de termos organizado de maneira programática as consultas dos programas priorizados em dias específicos, o que proporciona maior qualidade no seguimento destes grupos. E também as informações sobre o serviço estão todas bem claras e expostas em painéis distribuídos pela unidade. São limitações ao serviço o fato de não ser utilizado protocolo de classificação de risco no atendimento da demanda espontânea, sendo uma necessidade já discutida com a Secretaria de Saúde.

O atendimento de puericultura é realizado duas vezes na semana, com consultas efetuadas pela enfermeira e por mim, a médica. São acompanhadas pela UBS 26 crianças menores de 12 meses, o que representa 49% de cobertura das 53 crianças nesta faixa etária estimadas para a área, às quais ofertamos consulta por agendamento de acordo com o protocolo de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança do Ministério da Saúde, e administramos vacinas de acordo com o programa de imunização existente no Brasil. Os índices de qualidade desta ação programática são bons: 24 crianças têm vacinação em dia (92%), as 26 crianças (100%) foram submetidas ao teste do pezinho até o sétimo dia de vida, à triagem auditiva e tiveram monitorado o desenvolvimento e o crescimento na última consulta, as 26 mães (100%) receberam orientações para o aleitamento materno

exclusivo e a prevenção de acidentes. Há algumas deficiências a serem superadas, ao exemplo da primeira consulta até o sétimo dia que foi realizada a apenas 16 crianças (62%), pois algumas mães não aceitam sair da casa nos primeiros dias de pós-parto, denominados pela comunidade de “resguardo”, questão frequentemente abordada nas palestras de grupos. Também é uma deficiência ter 15 crianças (58%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, e ainda ter apenas 19 crianças (73%) com as consultas em dia acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Também há dificuldade para que as mães cumpram com a lactação materna exclusiva até os seis meses de vida da criança, apesar de orientadas sobre a importância para o binômio mãe/filho. É um entrave neste caso o fato de muitas lactantes retornarem ao trabalho após três meses de licença, embora todas sejam devidamente orientadas quanto às leis de proteção à gestante e nutriz, assim como da técnica de ordenha e armazenamento do leite materno. Há ainda restrições quanto às consultas de pediatria pela escassez dos especialistas. São realizadas atividades educativas em grupo com as mães e as crianças mensalmente, sendo trabalhados os temas de maior relevância à saúde infantil. Tudo isso é feito principalmente para obter melhores resultados de trabalho e fazer uma puericultura de alta qualidade na atenção básica. Ainda assim, é necessário aumentar as atividades de grupo com as mães para prevenir, diagnosticar e tratar doenças que poderiam provocar incapacidades no futuro da criança e melhorar os índices de morbidade e mortalidade infantil no Brasil. A equipe tem facilidades tais como a disposição de fazer estas ações, mas às vezes temos a dificuldade da falta de recursos. É necessário que a equipe discuta o planejamento destas ações nas reuniões, com a requisição à Secretaria de Saúde dos materiais necessários para as atividades educativas.

O pré-natal na ESF é realizado de maneira integral, com um bom acolhimento às gestantes e puérperas, notando-as como sujeitos de direitos. Na área adscrita há 27 gestantes, de um total estimado de 54, representando 50% de cobertura do pré-natal. Destas, 23 (85%) começaram o pré-natal no primeiro trimestre; 24 (89%) estão com consultas em dia; as 27 (100%) tomaram as vacinas antitetânica e contra hepatite B, fizeram exames laboratoriais preconizados, receberam a suplementação de ferro e foram orientadas para aleitamento exclusivo. Infelizmente só 18 gestantes (67%) foram submetidas à avaliação de saúde bucal e 5 (19%) gestantes tiveram avaliação ginecológica, resultados que afetam de maneira

negativa desenvolvimento da atenção pré-natal. A mortalidade infantil e materna durante este período de tempo ficou em 0%, mostrando a qualidade da atenção. Apesar de ter alguns indicadores adequados, é necessário maior comprometimento da equipe, com elaboração de estratégias para solucionar os problemas existentes e assim elevar os indicadores que ainda tem percentuais baixos. Quanto ao puerpério, foi registrado nos últimos 12 meses um total de 26 partos, de um total estimado de 53, o que representa a cobertura de 49% do programa de puerpério. Nas consultas de puerpério, 24 mulheres (92%) consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, todas as 26 mulheres (100%) receberam orientações sobre planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, sobre a importância do aleitamento materno, cuidados do recém-nascido e foram submetidas ao exame do abdômen, e mamas, e avaliação do estado psíquico, e foram avaliadas em quanto a intercorrências. Porém, só 2 mulheres (8%) foram submetidas a exame ginecológico, resultado que demonstra que ainda há preconceitos por parte da população, o que estimula uma melhor qualificação do serviço. O atendimento do programa de pré-natal e puerpério é feito pela maior parte da equipe de saúde, médico, enfermeiro e odontólogo, cada um fazendo seu trabalho no acolhimento e acompanhamento periódico das mesmas de acordo com suas atribuições. Realiza-se a promoção à saúde, avaliação dos riscos inerentes à gestação e ao puerpério, e diagnóstico precoce das doenças para um tratamento acertado e diminuição das complicações. Além de contar com os registros nos prontuários, fichas odontológicas e fichas de vacinação, é realizado o cadastramento da gestante no Sis prenatal. Há atividades de educação em saúde voltadas às gestantes na forma de trabalho em grupo, com realização de atividades educativas tratando da importância do pré-natal, vacinação, amamentação, periodicidade das consultas, exame e cuidado das mamas, prescrição de medicamentos na gravidez, importância dos exames laboratoriais. Além disso, são realizadas visitas domiciliares periódicas às gestantes, puérperas e recém-nascidos, para acompanhamento do processo de aleitamento materno e orientação da mulher e do parceiro sobre o planejamento familiar; também procurando as faltosas para um melhor controle e seguimento das mesmas. Existem dificuldades que impedem que o trabalho seja feito com maior qualidade, pois não temos protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde e não existem profissionais que se dediquem à avaliação e monitoramento do programa de pré-natal/puerpério, questão a ser discutida nas reuniões da equipe que se disponibiliza

a fazer um trabalho de qualidade, sendo necessário o apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

A área sob responsabilidade da UBS tem uma população feminina estimada de 906 mulheres de 25 a 64 anos, das quais estão acompanhadas pela unidade 805, apontando 89% de cobertura. Delas só 586 (73%) têm o citopatológico em dia, 327 estão com atraso de mais de seis meses na realização do exame citopatológico (41%). Do total de preventivos do colo do útero realizados até o momento, tem-se 22 resultados alterados (3%), todas as mulheres com o acompanhamento e seguimento adequados nos serviços de referência para esta situação. Porém é possível haver alguns dados desatualizados pela demora que existe com a chegada dos resultados dos exames. Além disso, nota-se que a cobertura das mulheres ainda está baixa, devendo a equipe aumentar as pesquisas e buscar que essas mulheres compreendam a necessidade de realizar as citologias no tempo indicado. Durante as consultas individuais são discutidos os temas referentes à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero, propondo a realização da citologia e práticas sexuais seguras. São realizadas atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e diagnóstico precoce, porém de maneira insuficiente. As citologias são realizadas um dia por semana, sendo atendidas aproximadamente 10 mulheres com consultas agendadas, embora ocorra muito absenteísmo. Há dificuldades com os registros do programa em função da demora na chegada dos resultados, o que também desmotiva as mulheres a comparecer às consultas. Não há na unidade uma pessoa que se dedique por completo ao planejamento, gestão e coordenação do programa, a enfermeira é quem realiza o monitoramento do programa não sendo suficiente por esta dedicar-se a muitos outros trabalhos. A equipe está procurando estratégias para resolver o problema e levou a queixa para a secretaria de saúde. É fundamental a consciência em todos os profissionais sobre as necessidades de diminuir a incidência desta doença. Não se pode permitir passivamente que as mulheres com exames alterados abandonem o seguimento, sendo fundamental conscientizá-las sobre o problema. Há que aumentar as atividades educativas, não só na UBS, mas também nas comunidades, escolas incentivando estilos de vida saudáveis. Esse é um trabalho de todos, incluindo das instâncias de gestão do país, tendo que aumentar, sobretudo, as atividades de educação nos grandes meios de comunicação, como o rádio, a televisão e o jornal para maior alcance das pessoas.

A maior dificuldade da equipe nesse caso é a demora na chegada dos resultados como já foi exposto à gestão local.

Em relação ao câncer de mama, temos uma população estimada de 271 mulheres de 50 a 69 anos, das quais estão acompanhadas pelo serviço 201, 74% de cobertura. Dessas, apenas 67 (33%) estão com a mamografia em dia e 129 (64%) estão com o exame com mais de três meses de atraso, além de ter 201 (100%) com avaliação de risco para o câncer de mama. Quanto a este programa, houve mais dificuldades para levantar informações porque os registros da UBS não estão totalmente atualizados. O programa de prevenção do câncer de mama possui uma cobertura regular, mas há muito que fazer, sobretudo pesquisas para lograr que todas as mulheres tenham um adequado seguimento. Os indicadores desfavoráveis estão determinados pela demora na marcação e realização das mamografias, além de haver mulheres que não comparecem a consultas. É importante seguir trabalhando com as atividades educativas para que elas entendam a necessidade de realização do exame com periodicidade. A maior dificuldade é a demora no agendamento das mamografias, mas a equipe está comprometida com essas pacientes e busca fazer uma boa consulta e seguimento adequado, além de negociações frequentes com a gestão.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são duas doenças crônicas não transmissíveis, de origem multifatorial, que mais afetam a população hoje em dia. Na UBS estão cadastradas 307 pessoas com HAS, de um estimado para a área de 746 hipertensos, o que representa 41% de cobertura, situação que pode ser melhorada com um melhor rastreamento nas consultas e visitas domiciliares. A forma de registro dos pacientes hipertensos na UBS permitiu o levantamento das informações, embora com algumas dificuldades, pois não há um caderno específico para o registro dos portadores desta doença. Também não há prontuários organizados ou separados por doenças o que dificulta a coleta de dados. Dos indicadores de qualidade pode-se dizer que há muitas dificuldades, tendo 266 hipertensos (87%) submetidos a estratificação do risco cardiovascular; 160 (52%) hipertensos com atrasos nas consultas agendadas em mais de sete dias; 123 hipertensos (40%) com os exames complementares em dia; 101 (33%) deles foram avaliados quanto a saúde bucal; sendo importante destacar que os 307 (100%) têm sido orientados da importância da prática física e alimentação saudável. No caso da DM há 101 pessoas diabéticas cadastradas, de um total estimado de 213, 47% de

cobertura do estimado. Assim como em relação aos hipertensos, existem ainda muitos pacientes sem diagnóstico e outros já diagnosticados sem acompanhamento. A forma de registro destes pacientes permitiu o levantamento de informações, mas também com algumas dificuldades, já que também não há um registro específico desta doença. Quanto aos indicadores de qualidade também há dificuldades, pois 77 diabéticos (76%) apresentam atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias; apenas 86 (85%) com estratificação de risco cardiovascular; 40 diabéticos (43%) com exames complementares em dia; 49 (49%) foram submetidos ao exame físico dos pés e dos pulsos; e sendo importante destacar que todos os 101 diabéticos cadastrados (100%) receberam orientações sobre a prática de exercício e dieta saudável. São priorizadas ações direcionadas à promoção da saúde dos usuários cadastrados no programa Hiperdia, além da identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos, e fazemos reuniões, palestras e encontros destes usuários, além de identificar lesões em órgãos-alvo ou complicações crônicas e efetuar o tratamento adequado. Nota-se que a população está gostando das ações planejadas pela equipe, pois a participação é cada vez maior, embora ainda tenhamos que diminuir o número de faltosos a estas atividades. O atendimento individual às pessoas diabéticas e hipertensas é feito pela médica e pela enfermeira uma vez por semana, através de consultas agendadas que são regidas pelos protocolos de atendimentos para o programa de Hiperdia elaborados pelo Ministério da Saúde, quando oferecemos avaliação física, solicitação de exames, vacinas e educação em saúde. Também são encontradas dificuldades que impedem a qualidade dos atendimentos, pois além de não ter um arquivo específico para os registros dos atendimentos, não há uma pessoa que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação das consultas, assim como a avaliação e monitoramento das ações realizadas com estes pacientes. De forma geral, ainda há muito que fazer por parte da equipe de saúde para conseguir cadastrar esse importante número de usuários que não têm seguimento. É preciso aumentar as ações de promoção da saúde e prevenção da doença e/ou complicações através de estilos de vida mais saudáveis e assim diminuir a incidência destas doenças e a aparição de suas complicações. Também é fundamental elevar o nível de gestão para resolver os problemas que dificultam a qualidade dos atendimentos e procurar um maior comprometimento por parte de todos os membros da equipe para com estes pacientes.

Fazendo uma revisão dos prontuários médicos e fichas odontológicas embora com certas dificuldades já que não há registro específico para os idosos que facilite a coleta de dados, pode-se dizer que a estimativa do número de idosos residentes na área, parece perto da realidade da UBS, pois são acompanhados pelo serviço 301 idosos de uma estimativa de 390 idosos para a área, 77% de cobertura do estimado. Fazendo uma avaliação referente à cobertura de saúde da pessoa idosa considero que seja aceitável já que está coberto o maior percentual da população de 60 anos e mais, mas ainda assim é importante continuar trabalhando para melhorar esses índices. Os 301 (100%) idosos receberam orientação para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular, 228 (76%) têm acompanhamento em dia; 203 (67%) têm avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice, 203 (67%) tiveram realização de avaliação multidimensional rápida e 203 (67%) com avaliação de saúde bucal em dia, embora apenas 113 (38%) deles possuam a caderneta de saúde da pessoa idosa, por falta deste material na UBS, queixa que já foi levada à Secretaria de Saúde. Há 61 (20%) idosos com hipertensão arterial sistêmica e 39 (13%) idosos com diabetes. É realizado atendimento aos idosos todos os dias da semana em todos os turnos. Ainda há muitos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos. As pessoas idosas recebem atendimento durante todo tempo de funcionamento da ESF e têm prioridade, embora geralmente a consulta seja desenvolvida pelo médico e enfermeira, sendo importante envolver todo o restante da equipe para ter uma maior efetividade. Também foram encontrados outros aspectos que diminuem a qualidade desses atendimentos, por exemplo, não há protocolo de atendimento para os idosos ou para regular o acesso destes a outros níveis do sistema de saúde. Também não conta-se com a caderneta de saúde da pessoa idosa em quantidade suficiente, não existe uma pessoa que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, não temos um arquivo específico para registrar o atendimento dos idosos o que é muito importante para o planejamento das ações e acompanhamento destes. Também não existe um sistema de contra referência hospitalar, ponto a ser trabalhado com a realização de reuniões entre atenção primária, secundária e terciária, com avaliação pela Secretaria de Saúde Municipal sobre a necessidade de criação de uma equipe multiprofissional com psicólogo, fisioterapeuta, ginecologista-

obstetra e nutricionista para avaliação integral e contínua. Devemos fazer palestras envolvendo todas as pessoas da equipe para tratar de temas como, apresentação atípica das doenças, síndromes geriátricas, avaliação da funcionalidade familiar, estresse do cuidador, violência intrafamiliar e outros; fazer avaliação multidimensional e de fragilização de todos os idosos, assim como aqueles com acompanhamento atrasado; aumentar o número de visitas domiciliares conforme planejamento assistencial; ter maior controle ambulatorial de doenças crônicas e seus fatores de risco; manter pesquisa do câncer com a realização de toque retal, dosagem de PSA e exame da mama, assim como avaliação bucal para todos os idosos. Garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo, fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil é objetivo fundamental do Ministério de Saúde. A promoção da Saúde dos idosos deve levar em conta um bom funcionamento mental, físico e social, com a prevenção de doenças e incapacidades.

De forma geral podemos avaliar que o serviço além das dificuldades estruturais existentes encontra-se organizado, no entanto precisamos nos esforçar mais um pouco para melhorar a qualidade de nossos atendimentos e procurar mais apoio por parte do município e do gestor também.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família. Ele envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação.

Ao início do curso foi realizada uma análise geral do serviço de saúde da família em que trabalho, quando foram relatadas as características estruturais da unidade e os serviços realizados, e posteriormente à realização da análise situacional, esses aspectos foram avaliados com maior profundidade com a obtenção de uma visão mais clara provando que há muito trabalho a fazer.

Fazendo uma comparação das questões analisadas na unidade de ambientação no caso da situação da ESF/APS no serviço e a análise de agora considero que foram muito poucas as mudanças, só houve pequenas variações estatísticas populacionais. Mas fazer uma análise minuciosa da situação de saúde na UBS, foi um trabalho muito proveitoso que permitiu à equipe conhecer em detalhes as características da UBS, que servirá de guia para desenvolver o plano de ações em busca da melhora da qualidade do serviço. Levando em conta que foi realizada uma análise geral da situação do município, da UBS e da população, obteve-se uma visão mais clara da realidade de nosso trabalho o que deu a medida de quanto falta ainda por fazer.

Depende da equipe planejar as ações nas reuniões da equipe, procurar um maior comprometimento de todos os profissionais com o trabalho, criar estratégias para resolver os problemas que estão ao nosso alcance, assim como procurar comprometer as instituições das quais dependemos como a Secretaria de Saúde, a Câmara de Vereadores, o Conselho Municipal de Saúde, tendo sempre presente que a satisfação da população deve ser a primeira prioridade.

Considero a avaliação final muito mais específica e adequada. Ao início da unidade não conhecíamos em verdade os problemas da Unidade Básica de Saúde, e pouco a pouco com o desenvolvimento dos temas e, com o apoio da orientadora, fomos capazes de especificar cada problema e buscar possível solução.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Já o Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030 (BRASIL, 2013A; BRASIL, 2013B). A equipe escolheu fazer a intervenção para controle adequado dessas patologias, pois além de serem uns dos principais problemas de saúde da comunidade adstrita, são doenças que têm uma alta incidência e prevalência e muita demanda de atendimento na unidade de saúde.

Na área de abrangência da equipe há 3.600 pessoas. São acompanhadas pelo serviço 307 pessoas com 20 anos ou mais com HAS e residentes na área, sendo que a estimativa para a área é de 746 hipertensos, o que representa apenas 41% de cobertura do que é estimado. No caso do DM, são acompanhados pelo serviço 101 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, sendo estimados 213 diabéticos, indicando uma cobertura de 47% do público estimado.

Há dificuldades no programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM principalmente por deficiências nas ações de qualidade do programa, pois embora tenhamos 100% (n = 307) dos hipertensos e 100% (n = 101) dos diabéticos orientados sobre a importância da prática de atividade física e da alimentação saudável, temos apenas 87% (n = 266) dos hipertensos e 85% (n = 86) dos diabéticos com estratificação do risco cardiovascular, 52% (n = 160) dos hipertensos e 76% (n = 77) dos diabéticos com atrasos nas consultas agendadas em mais de sete dias, apenas 40% (n = 123) dos hipertensos e 43% (n = 43) dos diabéticos com exames complementares em dia, 33% (n = 101) dos hipertensos e 23% (n = 23) dos diabéticos com atenção à saúde bucal, 49% (n = 49) dos diabéticos com exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. A realização da consulta do grupo Hiperdia na UBS é feita por consultas agendadas uma vez por semana, sendo priorizadas ações direcionadas à prevenção e promoção da saúde dos usuários cadastrados no programa, além da identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos. Também fazemos reuniões, palestras e encontros com os usuários, além de identificar lesões em órgãos-alvo ou complicações crônicas e efetuar o tratamento adequado.

Com a implementação da intervenção para qualificação do programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes vamos garantir que a população tenha um melhor conhecimento destas doenças e das complicações que podem provocar. Além disso, vamos melhorar a cobertura do programa, ter mais controle dos pacientes através da implementação de registros específicos, garantir que a equipe tenha a capacitação necessária para fazer as atividades de promoção à saúde e as pesquisas para o diagnóstico precoce destas doenças. O trabalho será muito produtivo e melhorará sobretudo, os atendimentos e o seguimento dos cadastrados no programa. Mas infelizmente acredito que teremos dificuldades pela pouca participação dos usuários nas atividades disponibilizadas aos grupos Hiperdia. Também será um entrave a demora para marcar os exames complementares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a falta de medicamentos de alta demanda deste público alvo. Temos aspectos que viabilizam a realização da intervenção como a adequada preparação intelectual da equipe, assim como o apoio integral da equipe I, da gerência da UBS e da Secretaria de Saúde. Acredito que a intervenção ajudará a melhorar os indicadores de saúde da UBS, fortalecerá a

relação entre os usuários e os profissionais de saúde, além disso, aumentará os conhecimentos dos profissionais sobre essas doenças e suas possíveis complicações. Por fim, na UBS atuam duas equipes e em ambas as médicas são integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil, e estão realizando o curso de especialização pela Universidade Federal de Pelotas, sendo que foi acordado que as duas equipes implementarão intervenções com focos diferentes sendo que a equipe I terá como foco a saúde do idoso que representa um problema de saúde considerável para a população adstrita por esta equipe.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade de atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na ESF Joana Florêncio, em Açu/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo específico 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 65% dos diabéticos da área da abrangência da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo específico 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo específico 3 Aumentar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS.

Objetivo específico 4 Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Objetivo específico 5 Aumentar a avaliação de risco dos pacientes

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo específico 6 Aumentar a promoção de saúde

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Joana Florêncio, no município de Assu/RN. Participarão da intervenção como público alvo todas as pessoas com 20 anos ou mais portadoras de hipertensão e/ou diabetes e residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS), sendo neste caso 746 pessoas hipertensas e 213 pessoas diabéticas.

As ações realizadas serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013a) e Cadernos de Atenção Básica n. 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013b) e no protocolo municipal do programa Hiperdia.

Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas, estas últimas norteadas por quatro eixos organizadores: monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica, e organização e gestão do serviço. As atividades realizadas com cada usuário alvo atendido serão registrados no prontuário clínico individual e na ficha espelho de acompanhamento (ANEXO C). O cadastro das pessoas hipertensas e diabéticas no programa será registrado na planilha de coleta de dados (ANEXO B), assim como os dados obtidos na avaliação das fichas espelho para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo específico 1 Ampliar a cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Atualmente são acompanhados pelo serviço 41% dos hipertensos. São potencialidade para o aumento dos cadastrados o fato das equipes estarem completas; os recursos materiais disponíveis de acordo com as necessidades do serviço; possibilidade de ativa da população nas visitas domiciliares, em consultas, visita a centros laborais e escolas. E para facilitar o acesso dos usuários vamos aumentar as consultas programadas de HIPERDIA.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

Detalhamento: a médica e a enfermeira devem avaliar semanalmente as estatísticas destas doenças crônicas através do preenchimento das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para aferição da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: a médica e a enfermeira devem manter registro ativo e atualizado de cada atendimento dos usuários hipertensos. A equipe discutirá o tema da qualidade do acolhimento nas reuniões para qualificar a recepção dos usuários alvo. A equipe deverá manter a calibragem dos equipamentos no tempo oportuno, solicitando a revisão à secretaria municipal de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

-Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Detalhamento: Para essas ações vamos colocaremos informações em murais, cartazes, folhetos, livros com informações, e faremos palestra semanal antes de começar a consulta Hiperdia, no grupo de hipertensos e diabéticos e também voltadas para a população em geral.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

-Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: faremos reunião mensal com as ACS para orientar sobre cadastramento do público alvo e para esclarecimento de dúvidas nesta atividade. A médica e a enfermeira oferecerão de forma teórica e prática na reunião da equipe, capacitação sobre a forma correta dos procedimentos e avaliação posterior de cada membro da equipe.

Meta 1.2 Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Atualmente são acompanhados pelo serviço 47% dos diabéticos residentes na área adscrita. São potencialidade para o aumento dos cadastrados o fato das equipes estarem completas; os recursos materiais disponíveis de acordo com as necessidades do serviço; possibilidade de ativa da população nas visitas domiciliares, em consultas, visita a centros laborais e escolas. E para facilitar o acesso dos usuários vamos aumentar as consultas programadas de Hiperdia.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: a médica e a enfermeira devem avaliar semanalmente as estatísticas destas doenças crônicas através do preenchimento das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: a médica e a enfermeira devem manter registro ativo e atualizado de cada atendimento dos usuários diabéticos. A equipe discutirá o tema da qualidade do acolhimento nas reuniões para qualificar a recepção dos usuários alvo. A equipe deverá manter a calibragem dos equipamentos no tempo oportuno, solicitando a revisão à secretaria municipal de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

Detalhamento: para essas ações vamos colocaremos informações em murais, cartazes, folhetos, livros com informações, e faremos palestra semanal antes de começar a consulta Hiperdia, no grupo de hipertensos e diabéticos e também voltadas para a população em geral.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: faremos reunião mensal com as ACS para orientar sobre cadastramento do público alvo e esclarecimento de dúvidas nesta atividade. A médica e a enfermeira oferecerão de forma teórica e prática na reunião da equipe, capacitação sobre a forma correta dos procedimentos e avaliação posterior da técnica.

Objetivo específico 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Precisaremos elevar o número de consultas na semana para garantir o número de consultas necessárias. Para tanto diminuiremos um turno para atendimento da demanda livre.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

Detalhamento: a médica vai avaliar de forma periódica, semanal, a realização do exame clínico através da revisão da ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

-Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: nas reuniões com os membros da equipe serão distribuídas as tarefas logo ao iniciar a intervenção, de acordo com a capacidade técnica de cada um. Também nas primeiras semanas os profissionais serão definidos os dias em que acontecerão as capacitações dos profissionais, quando estes se reunirão para leitura e análise dos protocolos adotados pela unidade. A rotina do serviço e a agenda dos profissionais serão organizados de modo a possibilitar a participação de toda a equipe nas capacitações sobre o protocolo do hipertenso e diabético.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

-Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: realizaremos palestras ao grupo de hipertensos e diabéticos e à toda a comunidade sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: durante as capacitações a médica demonstrará como deve ser realizado o exame clínico adequado, de acordo com as competências técnicas de cada um.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Precisaremos elevar o número de consultas na semana para garantir o número de consultas necessárias. Para tanto diminuiremos um turno para atendimento da demanda livre.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

Detalhamento: a médica vai avaliar de forma periódica, semanal, a realização do exame clínico através da revisão da ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: nas reuniões com os membros da equipe serão distribuídas as tarefas logo ao iniciar a intervenção, de acordo com a capacidade técnica de cada um. Também nas primeiras semanas os profissionais serão definidos os dias em que acontecerão as capacitações dos profissionais, quando estes se reunirão para leitura e análise dos protocolos adotados pela unidade. A rotina do serviço e a agenda dos profissionais serão organizados de modo a possibilitar a participação de toda a equipe nas capacitações sobre o protocolo do hipertenso e diabético.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: realizaremos palestras ao grupo de hipertensos e diabéticos e à toda a comunidade sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: durante as capacitações a médica demonstrará como deve ser realizado o exame clínico adequado, de acordo com as competências técnicas de cada um.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Atualmente temos 40% dos hipertensos com exames complementares periódicos em dia, e temos como facilidade a disponibilidade de glicosímetro para realizar glicemia nas consultas e como dificuldade a demora para realizar os exames pelo SUS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: a médica monitorará a solicitação dos exames laboratoriais através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: a médica solicitará os exames complementares a todos os usuários atendidos individualmente. E em reunião com a gestão, a equipe informará à secretaria municipal de saúde as necessidades da população quanto aos exames em tempo oportuno.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: em palestras a comunidade será orientada sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e a importância do adequado controle laboratorial na prevenção das complicações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: nas reuniões da equipe discutiremos sobre o protocolo para solicitação de exames complementares.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Atualmente temos 43% dos diabéticos com exames complementares em dia. Temos como facilidade a disponibilidade de glicosímetro para realizar glicemia nas consultas e como dificuldade a demora para realizar os exames pelo SUS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: a médica monitorará a solicitação dos exames laboratoriais através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: a médica solicitará os exames complementares a todos os usuários atendidos individualmente. E em reunião com a gestão, a equipe informará à secretaria municipal de saúde as necessidades da população quanto aos exames em tempo oportuno.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: em palestras a comunidades será orientada sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e a importância do adequado controle laboratorial na prevenção das complicações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: nas reuniões da equipe discutiremos sobre o protocolo para solicitação de exames complementares.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A técnica em farmácia possui preparação profissional adequada para o controle dos estoques de medicação, mas frequentemente temos falta na farmácia de medicamentos de alta demanda.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: a médica e a enfermeira monitorarão o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA através dos registros da técnica em farmácia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: a técnica em farmácia fará o controle do estoque das medicações e nas reuniões com a gestão solicitaremos à secretaria municipal de saúde e à prefeitura municipal o apoio para o abastecimento das medicações que estes usuários precisam.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: serão realizadas palestras nos grupos de hipertensos e diabéticos, e repasse individual nas consultas de HIPERDIA sobre este tema.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: nas reuniões da equipe haverá atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A técnica em farmácia possui preparação profissional adequada para o controle dos estoques de medicação, mas frequentemente temos falta na farmácia de medicamentos de alta demanda.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: a médica e a enfermeira monitorarão o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA através dos registros da técnica em farmácia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: a técnica em farmácia fará o controle do estoque das medicações e nas reuniões com a gestão solicitaremos à secretaria municipal de saúde e à prefeitura municipal o apoio para o abastecimento das medicações que estes usuários precisam.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: serão realizadas palestras nos grupos de hipertensos e diabéticos, e repasse individual nas consultas de HIPERDIA sobre este tema.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: nas reuniões da equipe haverá atualização dos profissionais no tratamento do diabetes e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Esta ação será facilitada por termos odontólogo na equipe.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: médica monitorará se esta ação está sendo realizada através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: será elaborado em conjunto com a técnica em saúde bucal um cronograma de atendimento para avaliação da necessidade de atendimento odontológico e para realização do tratamento se necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: serão oferecidas palestras ao grupo de hipertensos e diabéticos e a toda a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Também serão disponibilizadas informações em cartazes colocados na unidade, e em escolas, indústrias, igrejas com temas em relação a saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: na reunião da equipe falaremos sobre a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e o odontólogo capacitará a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Esta ação será facilitada por termos odontólogo na equipe.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: médica monitorará se esta ação está sendo realizada através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

-Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;

-Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: será elaborado em conjunto com a técnica em saúde bucal um cronograma de atendimento para avaliação da necessidade de atendimento odontológico e para realização do tratamento se necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: serão oferecidas palestras ao grupo de hipertensos e diabéticos e a toda a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Também serão disponibilizadas informações em cartazes colocados na unidade, e em escolas, indústrias, igrejas com temas em relação a saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

-Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: na reunião da equipe falaremos sobre a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e o odontólogo capacitará a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Objetivo específico 3: Aumentar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS.

Temos 52% dos hipertensos acompanhados pela ESF com atraso nas consultas. A equipe tem todas as condições para fazer visitas domiciliares para buscar os faltosos e oferecer orientações sobre importância de realização de consultas para melhorar a adesão do público alvo. Também temos condições para organizar as agendas e acolher os faltosos que retornaram após busca ativa.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: será revisado de forma regular o registro dos usuários para levantamento das consultas em atraso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: as ACS realizarão visitas aos usuários faltosos à consulta, e a gerente da unidade organizará as agendas para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão, se houver número excessivo de faltosos.
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: serão realizadas palestras sobre importância do adequado acompanhamento nestas doenças, a periodicidade preconizada para a realização das consultas devendo ser estas ações um espaço de troca de experiências e discussão com a comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: nas reuniões da equipe será discutida a abordagem adequada do ACS na orientação e estimulação dos hipertensos para adesão ao tratamento.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS.

Temos um atraso em consultas agendadas em 76% de pacientes diabéticos. A equipe tem todas as condições para fazer visitas domiciliares para buscar os faltosos e oferecer orientações sobre importância de realização de consultas para melhoras a adesão do público alvo. Também temos condições para organizar as agendas e acolher os faltosos que retornaram após busca ativa.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: será revisado de forma regular o registro dos usuários para levantamento das consultas em atraso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: as ACS realizarão visitas aos usuários faltosos à consulta, e a gerente da unidade organizará as agendas para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: serão realizadas palestras sobre importância do adequado acompanhamento nestas doenças, a periodicidade preconizada para a realização das consultas devendo ser estas ações um espaço de troca de experiências e discussão com a comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: nas reuniões da equipe será discutida a abordagem adequada do ACS na orientação e estimulação dos diabéticos para adesão ao tratamento.

Objetivo específico 4 Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Atualmente não temos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não avaliação de estratificação de risco, assim como pessoas disponíveis na recepção, e equipe entende a necessidade de organização destas informações.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

-Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: a médica e a enfermeira devem supervisionar semanalmente os registros de acompanhamento do programa HIPERDIA.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: toda a equipe será responsável por manter atualizadas as informações do SIAB, como já é realizado atualmente. Os profissionais da recepção serão os responsáveis pela separação da ficha espelho individual de cada hipertenso, antes das avaliações individuais. A enfermeira e os técnicos de enfermagem devem fazer registro semanal das informações após avaliação individual dos usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

-Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: serão realizadas palestras e assessoramento aos pacientes e familiares sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fosse necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: a equipe será capacitada sobre preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento do hipertenso assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Atualmente não temos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não avaliação de estratificação de risco, assim como pessoas disponíveis na recepção, e equipe entende a necessidade de organização destas informações.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: a médica e a enfermeira devem supervisionar semanalmente os registros de acompanhamento do programa HIPERDIA.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: toda a equipe será responsável por manter atualizadas as informações do SIAB, como já é realizado atualmente. Os profissionais da recepção serão os responsáveis pela separação da ficha espelho individual de cada hipertenso, antes das avaliações individuais. A enfermeira e os técnicos de enfermagem devem fazer registro semanal das informações após avaliação individual dos usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: serão realizadas palestras e assessoramento aos pacientes e familiares sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fosse necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

-Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: a equipe será capacitada sobre preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento do hipertenso assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo específico 5: Aumentar a avaliação de risco das pessoas com hipertensão e ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Atualmente temos 87% de usuários hipertensos com avaliação de risco cardiovascular. A equipe tem condições para fazer essa avaliação, sendo a única dificuldade os faltosos às consultas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: o médico e a enfermeira farão o monitoramento desta ação a partir da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: a equipe deve priorizar o atendimento dos hipertensos de alto risco. Para isso, será determinado um dia na semana para o seguimento dos hipertensos de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: os usuários serão orientados na consulta sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Também serão realizadas palestras falando do controle de fatores de risco modificáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: a equipe será capacitada sobre a realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis durante os horários reservados para esta atividade no início da intervenção.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Atualmente temos 85% dos diabéticos com avaliação de risco cardiovascular. A equipe tem condições para fazer essa avaliação, sendo a única dificuldade os faltosos às consultas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: o médico e a enfermeira farão o monitoramento desta ação a partir da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: a equipe deve priorizará o atendimento dos diabéticos de alto risco. Para isso, será determinado um dia na semana para o seguimento dos diabéticos de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: os usuários serão orientados na consulta sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Também serão realizadas palestras falando do controle de fatores de risco modificáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: a equipe será capacitada sobre a realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis durante os horários reservados para esta atividade no início da intervenção.

Objetivo específico 6: Aumentar a promoção de saúde

Metas 6.1 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: a médica avaliará periodicamente a orientação nutricional aos hipertensos através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: a equipe deverá organizar palestras sobre alimentação saudável e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema. Nas consultas individuais também deverá ser reservado um tempo para orientações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: colaremos informações em murais, cartazes, folhetos na UBS e na comunidade com informações sobre alimentação saudável e também trataremos deste tema em palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a equipe será capacitada nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre práticas de alimentação saudável.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: a médica avaliará periodicamente a orientação nutricional aos diabéticos através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

-Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: a equipe deverá organizar palestras sobre alimentação saudável e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema. Nas consultas individuais também deverá ser reservado um tempo para orientações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: colaremos informações em murais, cartazes, folhetos na UBS e na comunidade com informações sobre alimentação saudável e também trataremos deste tema em palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a equipe será capacitada nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre práticas de alimentação saudável.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

-Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: a médica avaliará periodicamente se esta orientação está sendo repassada aos hipertensos através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: a equipe deverá organizar palestras sobre a importância da prática de atividade física e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema. Nas consultas individuais também deverá ser reservado um tempo para orientações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: colaremos informações em murais, cartazes, folhetos na UBS e na comunidade com informações sobre a importância da prática de atividade física regular e também trataremos deste tema em palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a equipe será capacitada nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre promoção da prática de atividade física regular.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: a médica avaliará periodicamente se esta orientação está sendo repassada aos diabéticos através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: a equipe deverá organizar palestras sobre a importância da prática de atividade física e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema. Nas consultas individuais também deverá ser reservado um tempo para orientações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: colaremos informações em murais, cartazes, folhetos na UBS e na comunidade com informações sobre a importância da prática de atividade física regular e também trataremos deste tema em palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a equipe será capacitada nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre promoção da prática de atividade física regular.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: a médica avaliará periodicamente se esta orientação está sendo repassada aos hipertensos através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: a equipe discutirá com o gestor sobre a importância do tratamento contra o tabagismo e sobre a importância das medicações como auxiliar neste processo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: colaremos informações em murais, cartazes, folhetos na UBS e na comunidade com informações sobre os riscos do tabagismo, e a possibilidade do tratamento para o abandono do vício, e também trataremos deste tema em palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: nas reuniões nos horários reservados para as capacitações, será discutido sobre os riscos do hábito de fumar, o tratamento de pacientes tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: a médica avaliará periodicamente se esta orientação está sendo repassada aos diabéticos através da revisão das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: a equipe discutirá com o gestor sobre a importância do tratamento contra o tabagismo e sobre a importância das medicações como auxiliar neste processo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: colaremos informações em murais, cartazes, folhetos na UBS e na comunidade com informações sobre os riscos do tabagismo, e a possibilidade do tratamento para o abandono do vício, e também trataremos deste tema em palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: nas reuniões nos horários reservados para as capacitações, será discutido sobre os riscos do hábito de fumar, o tratamento de pacientes tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: a médica avaliará periodicamente nas fichas espelho se esta orientação sobre higiene bucal está sendo repassada aos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

-Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: nas reuniões será discutido sobre o tempo médio necessário nas consultas para que sejam fornecidas orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

-Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: colaremos informações em murais, cartazes, folhetos na UBS e na comunidade com informações sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: nas capacitações a equipe será orientada pelo odontologista para aumentar os conhecimentos sobre higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: a médica avaliará periodicamente nas fichas espelho se esta orientação sobre higiene bucal está sendo repassada aos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

-Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: nas reuniões será discutido sobre o tempo médio necessário nas consultas para que sejam fornecidas orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: colaremos informações em murais, cartazes, folhetos na UBS e na comunidade com informações sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: nas capacitações a equipe será orientada pelo odontologista para aumentar os conhecimentos sobre higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo específico 1 Ampliar a cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo específico 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Proporção 2.8 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo específico 3 Aumentar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo específico 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo específico 5 Aumentar a avaliação de risco Das pessoas com hipertensão e ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo específico 6 Aumentar a promoção de saúde.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus vamos adotar os Manuais Técnicos de Atenção para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde de 2013.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção foram discutidas com a equipe da UBS. E o primeiro passo para a intervenção, será a capacitação de todos os profissionais da UBS sobre o manual técnico de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize estas referências na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, com duração de uma hora mensal, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Neste momento também serão definidas as atribuições de cada membro da equipe nas ações pactuadas. Cada profissional estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Temos prevista a abordagem de alguns temas para toda a equipe, tais como exame físico e rastreamento de sinais de alarme nos usuários diabéticos e hipertensos; seguimento dos diabéticos e hipertensos; diagnóstico precoce das complicações; importância da saúde bucal nestes usuários, alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento e sobre a importância desta ação, estratificação do risco cardiovascular, quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Os agentes comunitários de saúde serão capacitados para o cadastramento das pessoas diabéticas e hipertensas de toda área de abrangência, para a orientação quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. A equipe de saúde será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e para realização do hemoglicoteste. Os médicos e enfermeiros serão capacitados para a realização de exame clínico apropriado e para solicitação de exames complementares. Para estas atividades faremos apresentações para o qual será usado o computador da médica. A equipe tem planejado convidar o cardiologista do município, o nutricionista, o educador físico e o podologista do centro de reabilitação do município para contribuir com estas capacitações. E será disponibilizada versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta de rotina nos últimos três meses. A enfermeira localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento verificando a situação de consultas em atraso, exames clínicos dos pés, estado dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida de sensibilidade dos pés

(dos pacientes diabéticos), exames complementares periódicos em dia, estratificação risco cardiovascular por critério clínico, saúde bucal, orientação nutricional para alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular, avaliação da saúde bucal em dia e orientações sobre os riscos do tabagismo. Esta rotina será mantida durante toda a intervenção, em que as informações registradas nos prontuários serão transcritas para as fichas espelho. E através deste registro nas fichas espelho, serão gerados alertas sobre as ações em atraso. A enfermeira será a responsável pelo preenchimento das informações nos formulários.

Para o monitoramento mensal da intervenção a equipe contará com a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso. As informações das fichas espelho serão transcritas pelo médico para a planilha que gerará os cálculos referentes a cada indicador avaliado. Será monitorada a realização de exame clínico apropriado, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, assim como o número de usuários alvo com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, assim como a realização de orientação nutricional, para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo, de orientação sobre higiene bucal.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que com alguma ação em atraso. As agentes de saúde farão busca ativa de todos os pacientes em atraso, estima-se 12 por semana totalizando 48 por mês. Ao fazer a busca já agendará o paciente usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha de coleta de dados.

Para viabilizar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos a equipe deverá garantir o cadastramento oportuno no Programa. A equipe poderá aumentar esta cobertura do dia-a-dia de trabalho aumentando a pesquisa das doenças na população, elevando o número de consultas na semana e procurando os faltosos à consulta. Normalmente a equipe atende aproximadamente 75 pessoas hipertensas e

20 diabéticas por mês, e os profissionais acreditam que será suficiente elevar os atendimentos para aproximadamente 160 hipertensos e 60 diabéticos por mês. Nos dias de atendimento do programa HIPERDIA também haverá atendimento do dentista para estes usuários. A agenda de saúde bucal será organizada pelos profissionais da saúde bucal, garantindo horários para avaliação da necessidade de tratamento de saúde bucal, e para tratamento quando for detectada esta necessidade.

Para acolher a demanda dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos, incluindo os provenientes da busca ativa, há necessidade de alterar a organização das consultas do grupo hiperdia, reservando dois turnos semanais de atendimento para esses. Serão destinadas 12 vagas para cada turno de atendimento, deixando quatro vagas para o atendimento de quadros agudos. O tempo médio das consultas será de 15 minutos aproximadamente, devendo cada profissional reservar um momento nestas consultas para as orientações individuais de controle dos fatores de risco modificáveis, para a classificação do risco e para a solicitação dos exames complementares. Será priorizado o atendimento classificados como de alto risco. Todos os usuários alvo sairão da unidade de saúde com a próxima consulta agendada.

Cada membro da equipe será responsável pelo acolhimento que ocorrerá na UBS e nas visitas domiciliares: as agentes comunitárias de saúde farão o acolhimento nas visitas no dia-a-dia; as técnicas de enfermagem farão o rastreamento das alterações em níveis pressóricos e valores de glicemia capilar; o odontólogo fará o acolhimento acompanhado pela técnica em saúde bucal; a médica e enfermeira farão o acolhimento em consultas individuais. É uma potencialidade neste acolhimento o fato da equipe ter disponível o material adequado para a aferição da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste.

O gerente da UBS deverá discutir com o gestor sobre a necessidade de agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos e outros profissionais nas atividades de promoção da saúde do grupo HIPERDIA, e a compra de medicamentos que auxiliem o processo de abandono do tabagismo. Neste contato também será solicitada a disponibilização de todas as fichas espelho necessárias, no mínimo 959 fichas.

Será realizado pelo profissional responsável pela dispensação das medicações o controle de estoque de medicamentos, com registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com os líderes ou representantes da comunidade na escola, igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da qualificação do atendimento das pessoas hipertensas e diabéticas. Solicitaremos apoio da comunidade, fundamentalmente à família, no sentido de ampliar a captação e participação destes pacientes no grupo comunitário da área, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. A equipe tem previsão de fazer este contato bem no início da intervenção, sendo a principal responsável a enfermeira, que organizará estas ações uma vez ao mês, na escola perto da UBS. Não serão utilizados recursos audiovisuais, apenas conversas com a comunidade.

As ações de promoção da saúde serão voltadas para a orientação sobre a existência do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e orientar a comunidade sobre os fatores de risco das doenças, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, quanto à necessidade de realização de consultas e exames complementares e periodicidade adequada, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos pela Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se for necessário, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente os hipertensos e diabéticos, sobre a importância de adesão ao tratamento, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Nesses momentos a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao final da intervenção sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no posto Joana Florêncio II é importante descrever a satisfação da equipe com os resultados alcançados, pois foram importantes os resultados de nossos esforços.

Quando planejamos a intervenção notamos que o trabalho seria difícil e que precisaria de muita dedicação. E no início foi muito difícil, pois todos tínhamos muitas dúvidas e a população apesar de aprovar o projeto, demonstrava pouca confiança, pois nunca tinham participado em algo assim. Apesar disso mantivemos a calma, pois nossa caminhada tinha propósitos muitos definidos e os resultados que iríamos obter seriam fundamentais para melhorar a qualidade do trabalho do posto e a qualidade de vida dos usuários.

Para desenvolver a intervenção, primeiro foi definido o foco de intervenção assim como os objetivos e metas a cumprir. Foi realizado um cronograma com definição de todas as atividades a realizar no decorrer da intervenção e foram criados os impressos e arquivos a serem utilizados. Foi previsto o material adequado para a aferição da pressão arterial, glicosímetro para aferição da glicose, assim como fita métrica, balança e material odontológico. Também foram ajustadas as agendas de atendimentos da médica e do dentista para dedicar mais tempo ao atendimento do programa Hiperdia.

Logo no início da intervenção, nas três primeiras semanas foram realizadas atividades importantes previstas no cronograma. Providenciamos impressão da versão atualizada do protocolo, foi discutido o projeto da intervenção com a gestora para mobilizar ações que dependiam dela, tais como material adequado para a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar, compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e agilidade para a realização dos exames

complementares definidos no protocolo. Os profissionais da equipe foram capacitados sobre diferentes aspectos do protocolo, tais como verificação da pressão arterial e da glicemia capilar de forma criteriosa, realização de exame clínico apropriado, estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, metodologias de educação em saúde, entre outros temas. As ACS foram capacitadas para o cadastramento dos usuários diabéticos e hipertensos de toda área de abrangência. Foi estabelecido o papel de cada profissional. E por fim foi realizado um primeiro contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da atenção ao usuário hipertenso e diabético, momento que solicitamos apoio para a captação do público alvo e para as demais estratégias que seriam realizadas. Felizmente nossos encontros subsequentes foram realizados segundo o cronograma com motivação. Como facilidades neste primeiro momento, contamos com o apoio de toda a equipe.

Todas as ações previstas no cronograma foram desenvolvidas satisfatoriamente e os resultados da intervenção são uma amostra disso. Nossos objetivos e metas foram devidamente cumpridos, pois o atendimento clínico completo foi realizado a todos os usuários cadastrados nos dias de atendimentos planejados, oferecendo acolhimento adequado aos usuários, e desta forma ampliamos a cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos, contando com a facilidade de sermos uma equipe completa e com muita responsabilidade quanto ao cumprimento dos papéis que foram designados a cada um. Melhoramos a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, pois todos os pacientes cadastrados foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico. Esta ação foi facilitada pelo apoio da odontóloga que se disponibilizou a realizar os atendimentos, e a técnica em saúde bucal organizou a agenda semanalmente para oportunizar estes atendimentos.

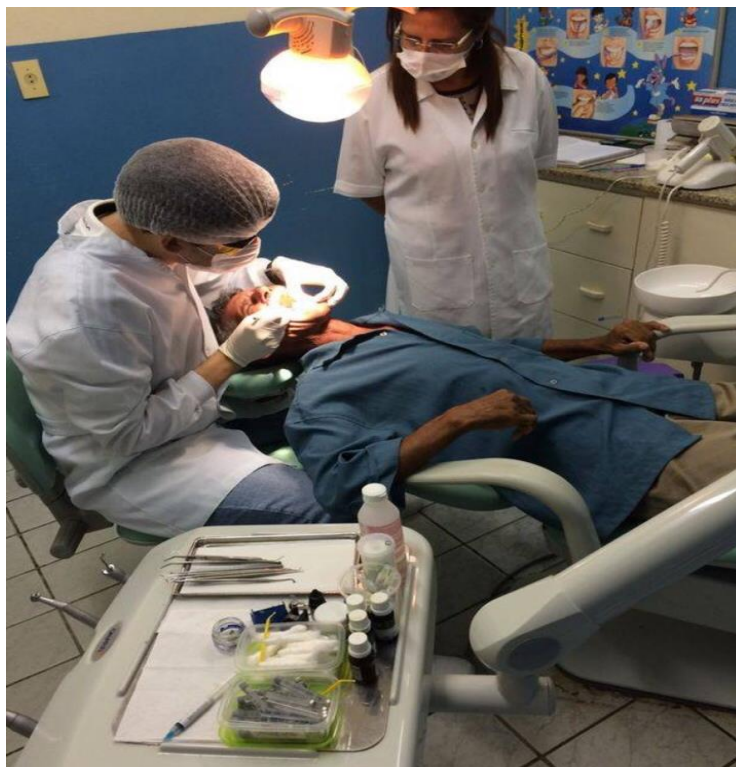


Figura 1: Registro do atendimento odontológico

Tivemos dificuldade com a realização de exames complementares de acordo com o protocolo apesar dos exames terem sido solicitados a todos os pacientes que precisavam. Infelizmente nem todos tiveram a oportunidade de realizar os exames pelas dificuldades que existem no município neste aspecto, devido ao excesso de demanda e a carência de materiais e equipes de laboratório, embora a gestão tenha se esforçado muito para ajudar neste aspecto.

Foi possível aumentar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa devido ao trabalho realizado pelas ACS na busca dos faltosos à consulta. Houve atualização do registro, ficha de acompanhamento e dos prontuários de 100% da população alvo cadastrada no programa ao longo da intervenção, e também foi realizado o exame clínico completo e a estratificação de risco cardiovascular para todos.



Figura 2: registro da aferição da pressão arterial e preenchimento dos impressos

Tivemos dificuldade para prescrever as medicações fornecidas pela farmácia hiperdia devido ao déficit existente no abastecimento das farmácias básicas com as medicações preconizadas pelo SUS. Mas conseguimos organizar as prescrições de acordo com as medicações fornecidas pelas farmácias populares.

Outro resultado favorável foi que 100% dos pacientes cadastrados receberam orientação para alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Todos os profissionais se dedicaram a estas atividades e não tivemos dificuldades para executá-las. Também realizamos rotineiramente como programado atividades como grupo de hipertensos e diabéticos que foram muito proveitosas, pois os participantes adquiriram conhecimentos importantes para o cuidado de suas doenças. Da mesma forma foram realizadas atividades de orientação à comunidade em geral quando orientamos sobre a prevenção e cuidado destas doenças tanto aos pacientes saudáveis como aos portadores das mesmas.



Figura 3: reunião de equipe para monitoramento das ações.



Figura 4: atividade educativa de grupo



Figura 5: confraternização com o grupo hiperdia

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não houve nenhuma ação não desenvolvida. Com apoio conjunto, conseguimos realizar todas as ações como planejado previamente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Houve algumas dificuldades no preenchimento e fechamento das planilhas de coletas de dados que foram resolvidas graças à ajuda da minha orientadora. Estas dificuldades aconteceram na transferência das informações de um mês para o outro, mas com a experiência no manuseio da planilha não houve maiores dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Quanto à análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e a viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, considero que seja uma ideia maravilhosa, já que todos os resultados obtidos serão mantidos, e iremos conservar a união na equipe para a atenção à população. Para isso a equipe vai continuar com o mesmo cronograma de atendimento do programa Hiperdia e continuará monitorando resultados para providências frente a quaisquer problemas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção aconteceu no período de 16 semanas, considerando a estimativa do Vigitel (2011), informada na Planilha de Coleta de Dados, nossos denominadores de cobertura consideram como alvo 535 usuários hipertensos e 123 usuários diabéticos de 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS Joana Florêncio.

Objetivo específico 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à saúde da pessoa hipertensa e/ou diabética da unidade de saúde.

Na área adstrita à UBS foi alvo da ação programática 535 hipertensos, deles foram cadastrados 353, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 66% que ficou acima da meta proposta pela equipe. No primeiro mês foram atendidos 52 hipertensos (9,7%); no segundo mês foram atendidos 96 hipertensos (17,9%); no terceiro mês foram atendidos 217 hipertensos (40,6%); e no quarto mês foram atendidos 353 hipertensos, finalizando a intervenção com 66% de cobertura.

Auxiliaram no aumento da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa hipertensa o acompanhamento dos dados previamente coletados e os registros nas fichas espelho dos usuários cadastrados; o rastreamento da hipertensão em indivíduos com mais de 18 anos; as atividades com a comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população; as capacitações da equipe de saúde para realização do cadastramento.

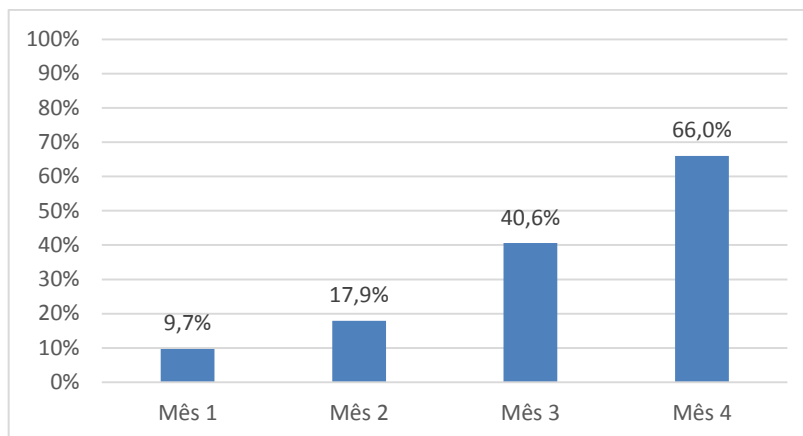


Figura 6: Proporção de Hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa com hipertensão e diabetes na ESF Joana Florêncio, 2015.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à saúde da pessoa diabética da unidade de saúde.

Na área adstrita à UBS foi alvo da ação programática 123 diabéticos, deles foram cadastrados 80, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 65%, o que cumpriu a meta proposta pela equipe. No primeiro mês foram atendidos 23 diabéticos (18,7%); no segundo mês foram atendidos 58 diabéticos (41,5%); no terceiro mês foram atendidos 80 diabéticos (65%) e no quarto mês foi mantido o cadastro de 80 diabéticos (65%).

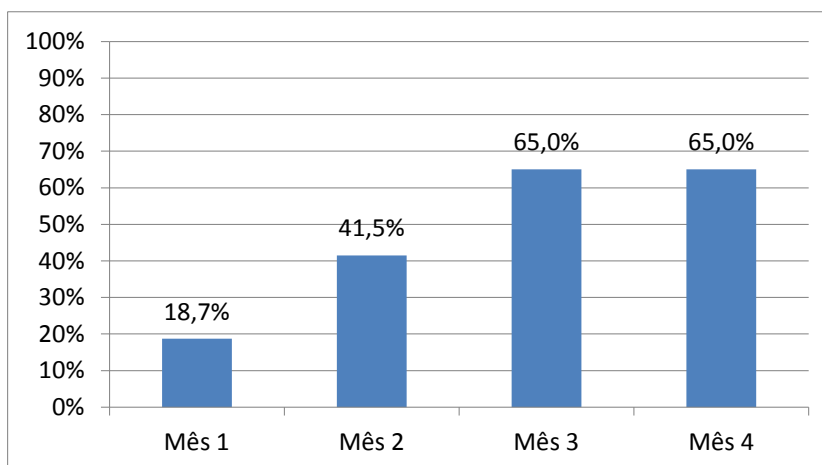


Figura 7: Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética na ESF Joana Florêncio, 2015.

Auxiliaram no aumento progressivo e alcance da meta de cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com diabetes o acompanhamento dos dados previamente coletados e os registros dos usuários cadastrados; o rastreamento oportuno do diabetes em indivíduos com mais de 18 anos com fatores

de risco para a doença; as atividades com a comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população; e as capacitações com toda a equipe de saúde para realização do cadastramento. Nota-se que o número de diabéticos cadastrados no terceiro e quarto mês da intervenção não teve aumento, pois como já a meta de cobertura tinha sido alcançada, a equipe preferiu concentrar o trabalho na melhoria das metas de qualidade que ainda não tinham sido alcançadas.

Objetivo específico 2 Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

No primeiro mês dos 52 pacientes hipertensos cadastrados, 32 tiveram exame clínico em dia (61,5%). No segundo mês dos 96 pacientes hipertensos cadastrados, 50 tiveram exame clínico em dia (52,1%). No terceiro mês dos 217 pacientes hipertensos cadastrados, 171 tiveram exame clínico em dia (78,8%). E no quarto mês todos os 300 hipertensos (100%) concluíram a intervenção com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

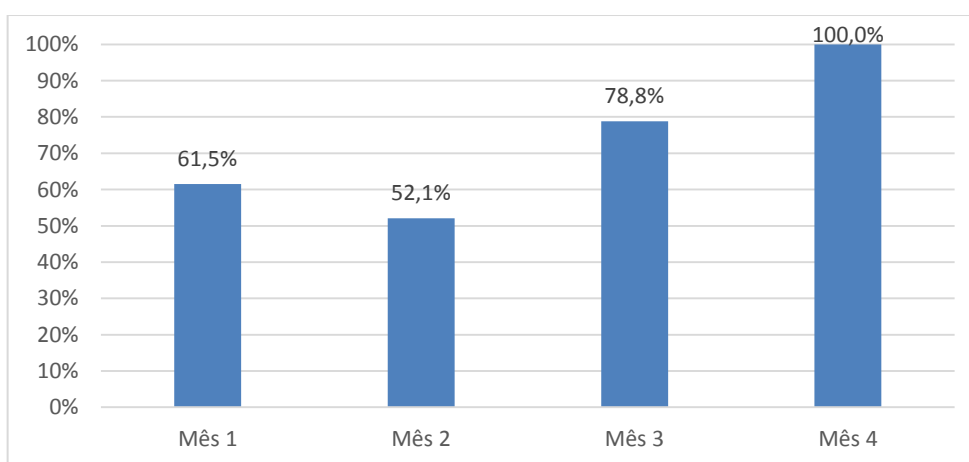


Figura 8: Proporção de hipertensos cadastrados programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética na ESF Joana Florêncio com exame clínico em dia, 2015.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

No primeiro mês dos 23 diabéticos cadastrados, 16 tiveram exame clínico em dia (69,6%). No segundo mês dos 51 diabéticos cadastrados, 30 tiveram exame

clínico em dia (58,8%). No terceiro mês dos 80 diabéticos cadastrados, 59 tiveram exame clínico em dia (73,8%). E no quarto mês os 80 diabéticos cadastrados (100%) concluíram a intervenção com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

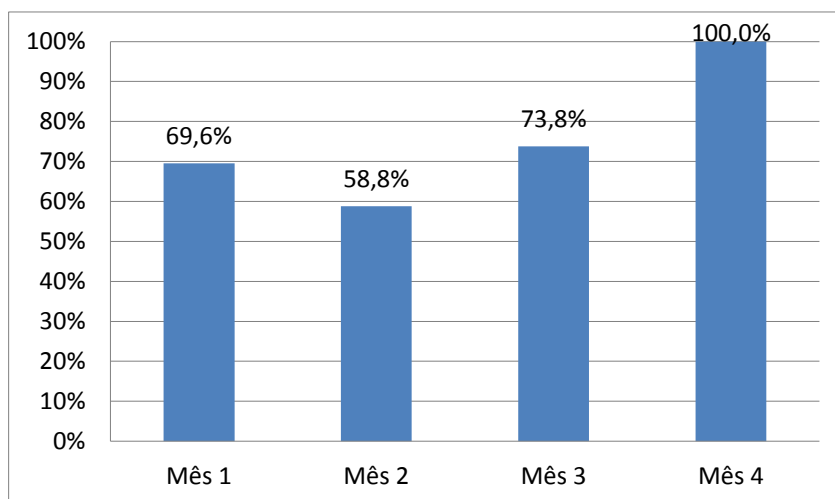


Figura 9: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na ESF Joana Florêncio, 2015.

Ajudaram para o alcance das metas 2.1 e 2.2 a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas hipertensas e diabéticas, a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, e o comprometimento da equipe para cumprir com o que foi acordado.

Meta 2.3 Garantir aos 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês dos 52 hipertensos cadastrados, 19 tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (36,5%). No segundo mês dos 96 hipertensos cadastrados, 35 deles tiveram exames complementares em dia de acordo com o protocolo (36,5%). No terceiro mês dos 217 hipertensos cadastrados, 113 deles tiveram exames complementares em dia de acordo com o protocolo (52,1%). E no quarto mês dos 353 hipertensos cadastrados, 333 tiveram exames complementares em dia de acordo com o protocolo (94,3%).

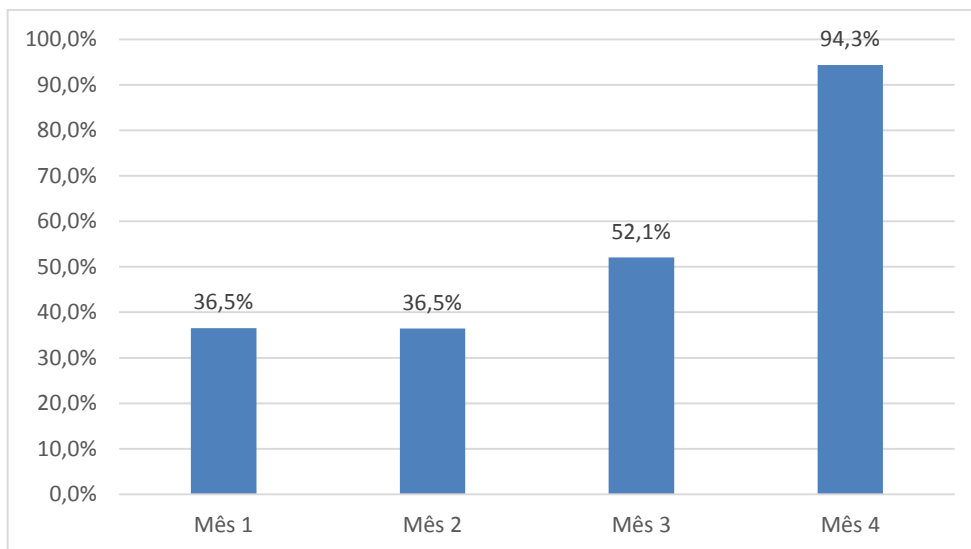


Figura 10: Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com exames complementares em dia na ESF Joana Florêncio, 2015.

Meta 2.4 Garantir aos 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês dos 23 diabéticos cadastrados, 9 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo (39,1%). No segundo mês dos 51 diabéticos cadastrados, 26 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo (51%). No terceiro mês dos 80 diabéticos cadastrados, 47 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo (58,8%). E no quarto mês, dos 80 diabéticos cadastrados, 79 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo (98,8%).

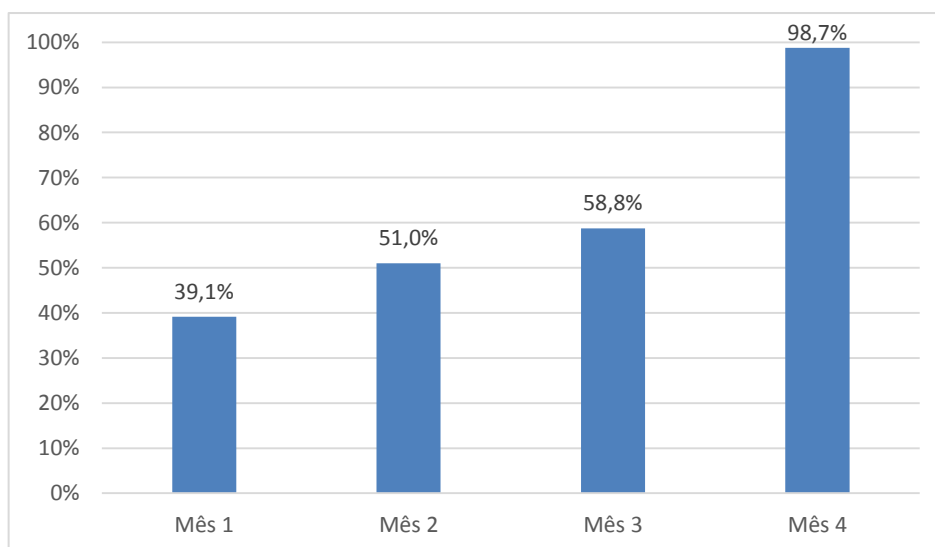


Figura 11: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na ESF Joana Florêncio, 2015.

As metas 2.3 e 2.4 não foram cumpridas na totalidade por dificuldades com a realização dos exames complementares no município devido ao excesso na demanda e ao déficit de recursos. As principais ações que ainda assim auxiliaram no aumento progressivo do indicador foram a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e da comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, além do apoio prestado pela gestora.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês 33 hipertensos atendidos usavam medicamentos da farmácia popular (63,5%). No segundo mês 62 hipertensos atendidos usavam medicamentos da farmácia popular (65,3%). No terceiro mês 155 hipertensos atendidos usavam medicamentos da farmácia popular (71,8%). E no quarto mês 342 hipertensos atendidos usavam medicamentos da farmácia popular (97,2%).

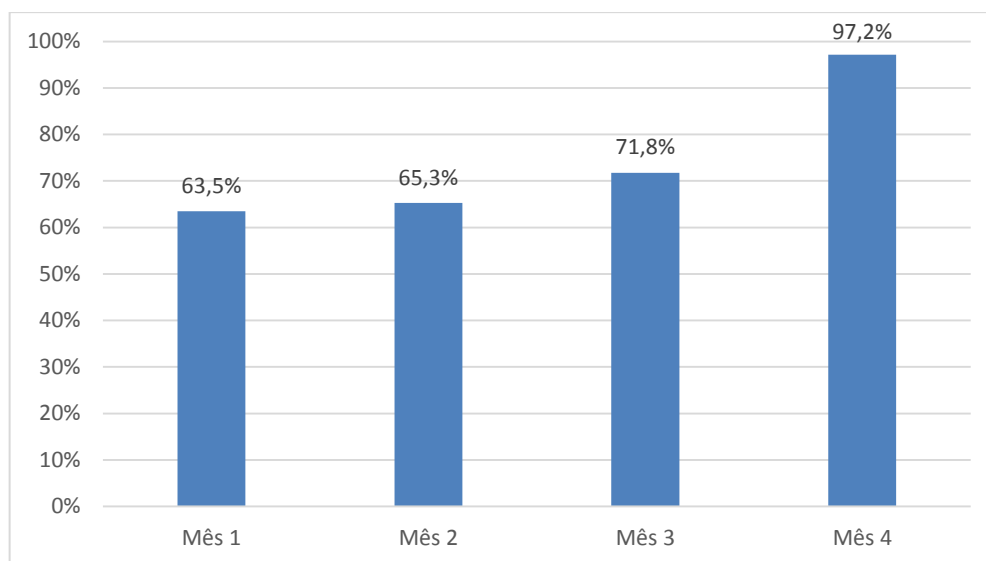


Figura 12: Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na ESF Joana Florêncio, 2015.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

No primeiro mês 12 diabéticos atendidos usavam medicamentos da farmácia popular (52,2%). No segundo mês 27 diabéticos atendidos usavam medicamentos da farmácia popular (52,9%). No terceiro mês 50 diabéticos atendidos usavam

medicamentos da farmácia popular (62,5%). E no quarto mês 79 diabéticos atendidos usavam medicamentos da farmácia popular (98,8%).

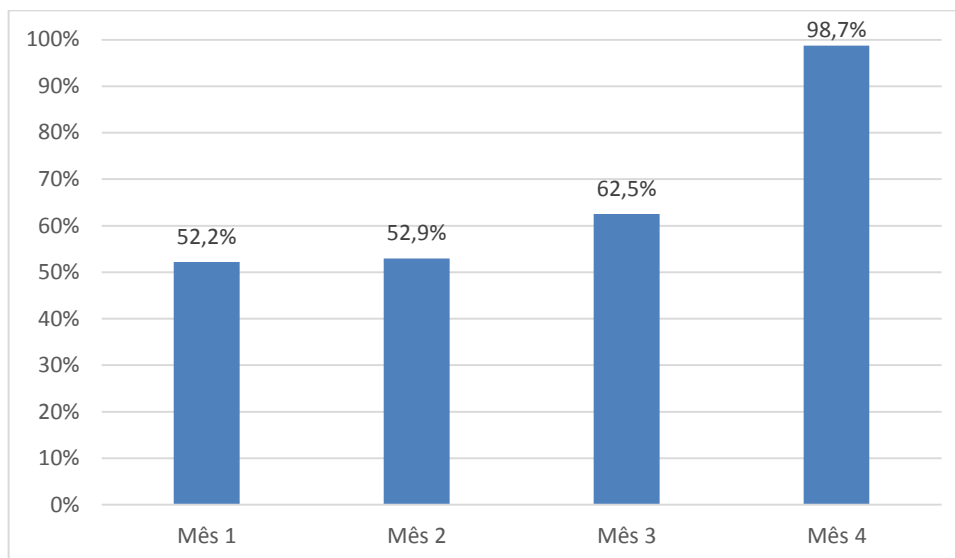


Figura 13: Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na ESF Joana Florêncio, 2015.

As metas 2.5 e 2.6 não foram alcançadas integralmente porque há um déficit de algumas medicações no município, e há outras medicações prescritas que não são preconizadas pelo SUS. Ainda assim o aumento progressivo da meta foi possível graças à prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia. Também colaborou para isso o registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho; o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, a atualização do profissional no tratamento da hipertensão, a orientação aos usuários e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, além da ajuda da gestão municipal de saúde na tentativa de garantir a disponibilização das medicações na farmácia básica.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

A evolução desse indicador foi muito boa, pois todos os hipertensos cadastrados foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico sendo alcançada mensalmente a meta de 100%. No primeiro mês foram avaliados 52

hipertensos, no segundo mês foram avaliados 96 hipertensos, no terceiro mês foram avaliados 217 hipertensos e no quarto mês foram avaliados 353 hipertensos.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Todos os diabéticos cadastrados em cada um dos quatro meses da intervenção foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico, sendo alcançada mensalmente a meta de 100%. No primeiro mês foram avaliados 23 diabéticos, no segundo mês foram avaliados 51 diabéticos, no terceiro mês foram avaliados 80 diabéticos e no quarto mês foram mantidos os 80 diabéticos.

Auxiliaram no alcance das metas 2.7 e 2.8 a capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos hipertensos, assim como a readequação do horário do dentista para dar prioridade a estes pacientes.

Objetivo específico 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A evolução desse indicador também foi ótima, pois todos os hipertensos que estavam faltosos à consulta foram buscados pelo serviço e este indicador ficou em 100% no decorrer de todos os meses da intervenção. No primeiro mês tivemos 25 pacientes hipertensos faltosos à consulta todos foram buscados; no segundo mês tivemos 20 pacientes hipertensos faltosos a consulta e também foram buscados; no terceiro mês tivemos 65 pacientes hipertensos faltosos a consulta e no quarto houve 108 pacientes hipertensos faltosos a consulta que também foram buscados.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Todos os pacientes diabéticos que estavam faltosos a consulta foram buscados pelo serviço, e este indicador ficou em 100% no decorrer dos quatro meses da intervenção. No primeiro mês tivemos 10 pacientes diabéticos faltosos a consulta que foram buscados; no segundo mês tivemos 9 pacientes diabéticos

faltosos que foram buscados, no terceiro mês tivemos 20 pacientes hipertensos faltosos que foram buscados e no quarto não houve pacientes diabéticos faltosos a consulta que foram buscados.

Contribuíram adequadamente para o cumprimento das metas 3.1 e 3.2 a identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento periódico desta ação nas fichas espelho ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, capacitação das agentes de saúde para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a importância de realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo específico 4 Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês 27 hipertensos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento (51,9%). No segundo mês 54 hipertensos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento (56,3%). No terceiro mês 167 hipertensos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento (77%). E no quarto mês 353 hipertensos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento (100%).

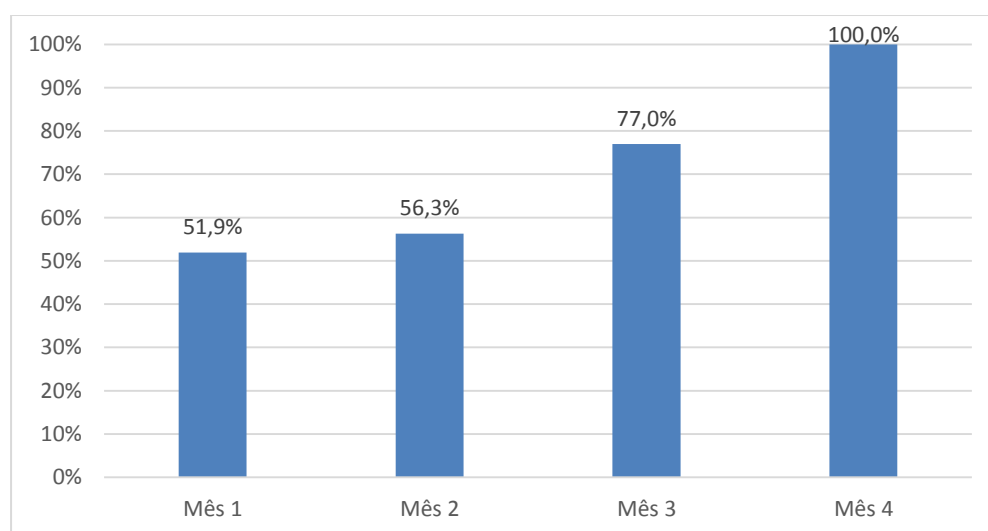


Figura 14: Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Joana Florêncio, 2015.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês 12 diabéticos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento (52,2%). No segundo mês 32 diabéticos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento (62,7%). No terceiro mês 59 diabéticos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento (73,8%). E no quarto mês 80 diabéticos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento (100%).

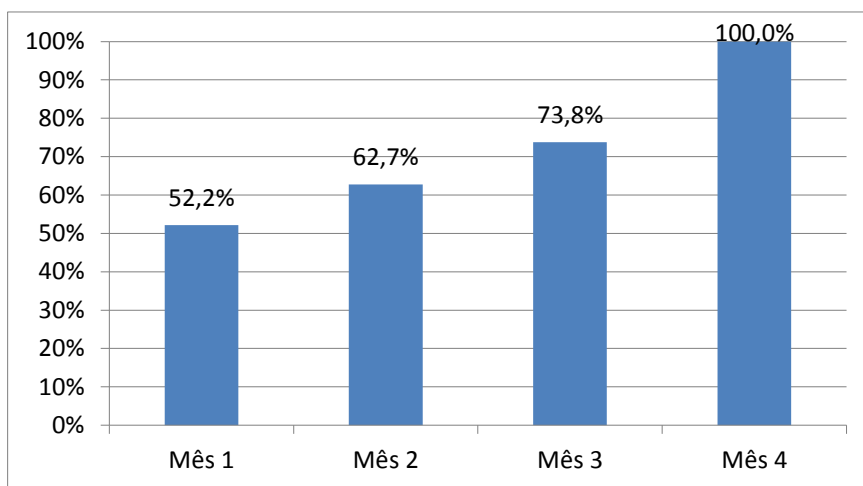


Figura 15: Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Joana Florêncio, 2015.

Auxiliaram no alcance das metas 4.1 e 4.2 a implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos das pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados na unidade de saúde, orientação do público alvo da ação programática e da comunidade em geral sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários, e comprometimento da equipe com o que foi acordado.

Objetivo específico 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês 36 hipertensos foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular (69,2%). No segundo mês mantivemos com 36 hipertensos submetidos à estratificação de risco cardiovascular (37,5%). No terceiro mês 157 hipertensos foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular (72,4%). E no quarto mês os 353 hipertensos cadastrados foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular (100%).

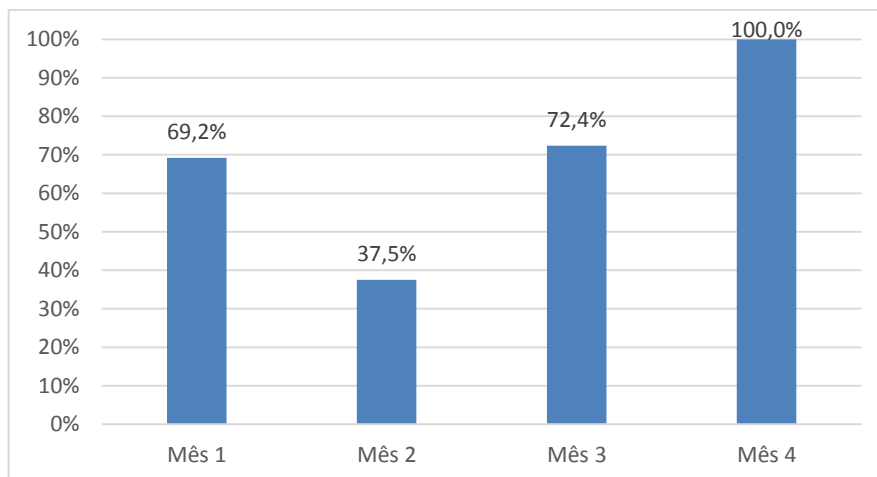


Figura 16: Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Joana Florêncio, 2015.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês 18 diabéticos foram submetidos à estratificação de risco (78,3%). No segundo mês foram mantidos 18 diabéticos com estratificação de risco cardiovascular (35,3%). No terceiro mês 47 diabéticos foram submetidos à estratificação de risco (58,8%). E no quarto mês 80 diabéticos foram submetidos à estratificação de risco (100%).

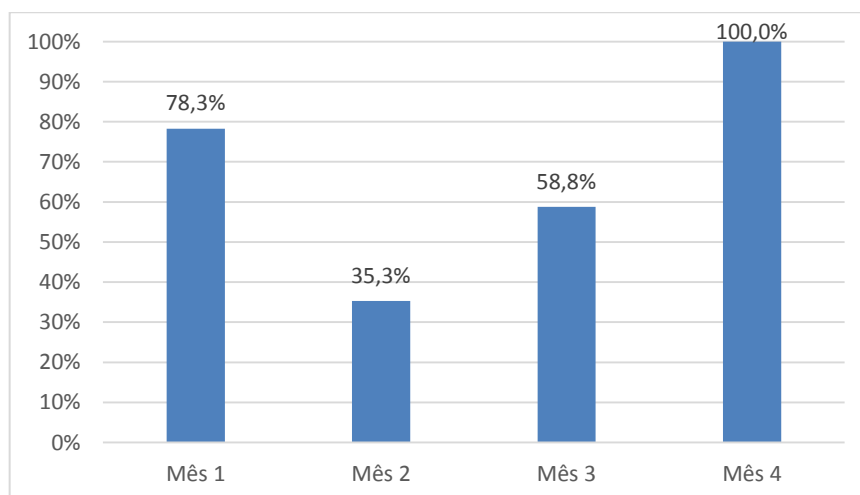


Figura 17: Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Joana Florêncio, 2015.

No segundo mês da intervenção estive afastada do serviço gozando férias regulamentares, e houve sobrecarga dos profissionais da equipe que não conseguiram manter as ações programadas em plenitude, havendo com isso, uma

paralisação na estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos cadastrados à época. Ao meu retorno as ações foram restabelecidas como necessário. Ajudaram no alcance das metas 5.1 e 5.2 a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico das pessoas hipertensas e diabéticas de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e da comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários e vai garantir a possibilidade de prever muitas complicações da doença.

Objetivo específico 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

No decorrer da intervenção 100% dos hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No primeiro mês foram orientados 52 pacientes hipertensos (100%), no segundo foram orientados 96 hipertensos (100%), no terceiro foram orientados 217 hipertensos (100%) e no quarto mês 353 hipertensos foram orientados (100%).

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

No decorrer da intervenção 100% dos diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No primeiro mês foram orientados 23 pacientes diabéticos o que representa 100%, no segundo foram orientados 51 pacientes diabéticos o que representou 100%, no terceiro mês foram orientados 80 diabéticos que também representa 100% e no quarto mantivemos 80 diabéticos orientados.

Auxiliaram no alcance das metas 6.1 e 6.2 foram o fato de ter realizado a orientação nutricional sobre alimentação saudável para as pessoas hipertensas e/ou diabéticas durante as consultas clínicas individuais e nos grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação

da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados.

No decorrer da intervenção 100% dos hipertensos receberam orientação sobre prática regular de atividade física. No primeiro mês foram orientados 52 hipertensos (100%), no segundo foram orientados 96 hipertensos (100%), no terceiro mês foram orientados 217 hipertensos (100%) e no quarto mês foram orientados 353 hipertensos (100%).

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados.

No decorrer da intervenção 100% dos diabéticos receberam orientação sobre a importância da prática regular de atividade física. No primeiro mês foram orientados 23 diabéticos (100%), no segundo mês foram orientados 51 diabéticos (100%), no terceiro mês foram orientados 80 diabéticos (100%) e no quarto mês foram orientados 80 diabéticos (100%).

Contribuíram para o alcance das metas 6.3 e 6.4 a orientação das pessoas hipertensas e/ou diabéticas em relação à prática regular de atividade física durante as consultas clínicas individuais e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados.

No decorrer da intervenção 100% dos hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram orientados 52 hipertensos (100%), no segundo mês foram orientados 96 hipertensos (100%), no terceiro mês foram orientados 217 hipertensos (100%) e no quarto mês foram orientados 353 hipertensos (100%).

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados.

No decorrer da intervenção 100% dos diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram orientados 23 diabéticos (100%), no segundo mês foram orientados 51 diabéticos (100%), no terceiro mês 80 diabéticos foram orientados (100%) e no quarto mês mantivemos os 80 diabéticos orientados (100%).

No transcorrer da intervenção foram desenvolvidas ações que auxiliaram no alcance das metas 6.5 e 6.6, estando a orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mau hábito, realizadas durante as consultas clínicas individuais e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para a abordagem e tratamento de usuários tabagistas como importantes aliados. Ainda é preciso adquirir medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e esta necessidade está sendo debatida com o gestor, assim a população ficará com mais oportunidades para a escolha de opções.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

No decorrer da intervenção 100% dos hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês foram orientados 52 hipertensos o que representou 100% dos cadastrados, no segundo foram orientados 96 hipertensos o que representou 100% dos cadastrados, no terceiro foram orientados 217 hipertensos que é também representou 100% dos cadastrados e no quarto mês foram orientados 353 hipertensos, sendo também 100% dos cadastrados.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

No decorrer da intervenção 100% dos diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês foram orientados 23 diabéticos o que representa 100% dos cadastrados, no segundo mês foram 51 diabéticos orientados o que representou 100% dos cadastrados, no terceiro mês foram orientados 80 diabéticos representando 100% dos cadastrados, e no quarto foram mantidos os 80 diabéticos sendo também 100% dos cadastrados.

Auxiliaram no alcance das metas 6.7 e 6.8 a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas hipertensas e diabéticas durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, a capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre metodologias de educação em saúde.

4.2 Discussão

Com a intervenção dirigida à qualificação do programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética na ESF Joana Florêncio II de forma geral, alcançamos a ampliação da cobertura da atenção às pessoas hipertensas e diabéticas e a melhoria da qualidade na atenção a estes usuários, além de uma melhor adesão destes ao programa, organização e atualização do registro das informações.

A intervenção exigiu que todos os membros da equipe se capacitassem para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao manejo da hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde. Esta atividade fortaleceu a união da equipe promovendo o trabalho integrado de todos seus membros, destacando-se o enfermeiro, as agentes comunitárias de saúde, as técnicas de enfermagem, a equipe odontológica e eu como médica da unidade, além dos profissionais da recepção. Esse trabalho direcionado à melhoria da atenção aos portadores de hipertensão e diabetes da área adstrita acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, contribuindo para o desenvolvimento e qualificação do serviço como um todo. Exemplo disso é o grupo de hipertensos e diabéticos que agora está incorporado à rotina do posto e será realizado às últimas quintas-feiras do mês, as reuniões de equipe agora são realizadas quinzenalmente nas segundas-feiras, assim como a agenda do dentista ficou organizada para que todas as semanas tenha um dia para o atendimento dos hipertensos e diabéticos. É importante informar que a equipe I também desenvolveu as ações com a população sob sua responsabilidade, com dedicação obtendo resultados muito bons e com inclusão das ações à rotina da equipe.

Antes da intervenção as atividades de atenção às pessoas com diabetes e hipertensão eram concentradas na enfermeira e na médica. Com o desenvolvimento do projeto isso mudou, toda a equipe adquiriu responsabilidade no acompanhamento do público alvo de acordo com sua capacidade técnica e as exigências dos protocolos adotados, viabilizando a atenção a um maior número de

peessoas. Também com a melhoria na organização dos diferentes arquivos de atendimento dos hipertensos e diabéticos, com a qualidade do acolhimento e do agendamento das consultas, houve a otimização em nossa agenda de trabalho.

Além dos benefícios que aportou a intervenção para o serviço, temos os benefícios trazidos à comunidade que já conseguiu perceber o impacto positivo da intervenção. Uma grande parte da população tem conhecimentos sobre a existência do programa de atenção às pessoas com hipertensão e diabetes e a importância do mesmo para o cuidado adequado e prevenção das complicações nestas pessoas, e muitos outros foram beneficiados com as mudanças que apareceram para aumentar a cobertura do programa de hiperdia. Os usuários demonstram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento.

Caso fôssemos iniciar a intervenção neste momento, faria uma análise situacional mais detalhada do estado de saúde da comunidade antes de começar o projeto, pois a mesma poderia ter sido facilitada se toda a equipe contasse com identificação mais detalhada dos principais problemas. Também teria estudado mais a fundo a situação do município para conseguir aumentar a ajuda nas coisas que dependem da gestão, como a realização dos exames e o abastecimento da farmácia popular. Também teria comprometido mais aos líderes comunitários para lograr maior participação da comunidade nas atividades desenvolvidas na intervenção, e teria planejado a intervenção em um tempo fora das minhas férias para ter mais participação em todo o tempo.

Devido aos resultados proveitosos obtidos na intervenção, a sistematização da ação programática já está incorporada à rotina do serviço. Para conseguir atingir as metas e propostas que não foram atingidas, pensamos em ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de atendimento dos pacientes no programa HIPERDIA. Também continuaremos solicitando o apoio da gestão na realização dos exames e abastecimento da farmácia popular. Além disso, continuaremos monitorando atentamente as ações.

A partir do desenvolvimento deste projeto pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas desenvolvidas na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Este relatório tem por finalidade, expor o resultado da intervenção realizada entre os meses de fevereiro a maio de 2015 para qualificar o programa de atenção aos diabéticos e hipertensos adstritos à ESF Joana Florêncio II.

A equipe escolheu melhorar o serviço para este público após ter realizado uma análise da situação de saúde da comunidade e o serviço prestado aos principais grupos de agravos, quando foi percebido que o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no serviço era muito baixo comparando à estimativa para a população atendida, o que ocasionava um baixo percentual na cobertura do programa HIPERDIA. Dessa forma surgiu o projeto de intervenção titulado “Melhoria da qualidade de atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na ESF Joana Florêncio, Açu/RN”, com o objetivo de minimizar os problemas encontrados. Foram estipuladas metas e planejadas ações que foram desenvolvidas de acordo com o cronograma definido previamente pela equipe para ser cumprido em um período de quatro meses e contando sempre com a ajuda da gestão.

Finalmente obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a unidade de saúde e a equipe em geral, que ganhou em união de seus integrantes, em organização e distribuição do trabalho, além do conhecimento adquirido por todos sobre o manejo adequado dessas patologias.

No decorrer da intervenção foram acompanhados 353 usuários hipertensos e aumentamos a cobertura do programa de atenção ao paciente hipertenso de 41% para 66%. Quanto aos usuários diabéticos, concluímos a intervenção com 80 acompanhados, e conseguimos aumentar a cobertura do programa de atenção ao paciente diabético de 47% para 65%. E todos os pacientes cadastrados foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico, foram submetidos a exame clínico completo e a estratificação de risco cardiovascular. Também houve

atualização do registro, ficha espelho de acompanhamento e dos prontuários melhorando o controle dos pacientes com consultas, exames, classificação de risco, entre outras ações importantes em atraso. Outro resultado favorável foi que 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação de incentivo à alimentação saudável, à prática regular de atividade física, à higiene bucal, e sobre os riscos do tabagismo. Quanto aos exames complementares necessários, estes foram solicitados conforme regulamenta o Ministério da Saúde, tendo conseguido 94,3% dos hipertensos e 98,8% dos diabéticos com exames em dia. Os demais aguardam o agendamento dos exames por causa do excesso desta demanda e a carência de materiais e equipes de laboratório, sendo necessário que a gestão mantenha o empenho neste aspecto. Quanto ao tratamento medicamentoso, conseguimos 97,2% dos hipertensos e 98,8% dos diabéticos com prescrição de medicações da farmácia básica, mas há um déficit existente no município no abastecimento das farmácias com as medicações preconizadas pelo SUS, sendo importante destacar que a gestão foi muito cooperativa com isso, e de igual modo esperamos continuar contando com o empenho neste aspecto.

Ao concluir a intervenção a comunidade ficou satisfeita, referindo ter gostado muito do trabalho, pois o mesmo permitiu uma melhor atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos, e a comunidade aumentou seus conhecimentos nestes temas.

Temos também que agradecer a gestão por ter proporcionado apoio providenciando os materiais utilizados na intervenção como: fichas espelho, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro, e apoio nas ações já citadas anteriormente. Esperamos continuar contando com este apoio e que possamos conseguir muitos outros benefícios para a população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório tem a finalidade de informar a comunidade sobre os resultados da intervenção realizada para qualificar o serviço prestado aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no posto Joana Florêncio II.

Este projeto teve início após uma análise da situação de saúde da comunidade, quando foram percebidas muitas falhas no cuidado à saúde dos hipertensos e diabéticos, sendo a principal que o número de pacientes devidamente acompanhados pela unidade era muito baixo. Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados, foi planejado um grupo de metas e ações para alcançá-las no prazo de quatro meses.

Conseguimos que estas ações fossem desenvolvidas de acordo com o cronograma previamente definido pela equipe. Ao final obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a equipe e a unidade de saúde em geral. Conseguimos que a qualidade de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos melhorasse, os pacientes cadastrados no programa receberam atenção de qualidade que incluía avaliação clínica geral com estratificação de risco cardiovascular, atualização dos prontuários, avaliação odontológica, realização de exames complementares e orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal e outros temas sobre estilos de vida saudáveis. E foram reincorporados ao serviço aqueles pacientes diabéticos e hipertensos que estavam faltosos a consultas. A comunidade em geral ganhou conhecimentos sobre a existência do programa Hiperdia na unidade, além de outros conhecimentos importantes sobre a diminuição dos fatores de risco para prevenir estas doenças e as medidas a serem cumpridas para evitar as principais complicações destas doenças. A equipe em geral também ganhou em união dos seus integrantes, em organização e distribuição do trabalho além de muitos

conhecimentos adquiridos por todos. Estes benefícios que seguirão aumentando devido à incorporação desta rotina no dia-a-dia de atendimento do posto.

A comunidade também pode apoiar a equipe participando dos grupos de hipertensos e diabéticos e das palestras desenvolvidas pela equipe, que são desenvolvidas toda quinta-feira na quarta semana do mês das 8 horas da manhã na UBS, onde são oferecidas palestras pela nutricionista do município e os integrantes da equipe, aferição de pressão arterial e a glicose e café da manhã, com o objetivo das pessoas estar se responsabilizando quanto a adesão às consultas programadas e a melhoria de seus estilos de vida já apreendidos na intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do curso foi muito importante, pois me permitiu enriquecer e fortalecer meus conhecimentos como profissional da saúde. No início fiquei cheia de dúvidas em relação a meu desenvolvimento no curso, devido entre outras coisas as barreiras do idioma. No decorrer do tempo isso foi mudando. Ao começar a participar nos fóruns e intercambiar ideias com os colegas e orientadores, realizar as tarefas, estudar os materiais de orientação enviados pela universidade e interagir com minha orientadora consegui um melhor desenvolvimento e aprendizagem. Meus conhecimentos sobre a medicina do Brasil melhoraram o que favoreceu meu crescimento como profissional. Também consegui melhorar as relações com minha equipe, pois tive a oportunidade de levar o curso à rotina do trabalho, de compartilhar os conhecimentos adquiridos com todos, assim como a possibilidade de desenvolver um trabalho em conjunto que obteve resultados muito bons.

O significado do curso para minha prática profissional foi ótimo, pois tive a oportunidade de investigar e estudar numerosos temas de interesse para a saúde na atenção básica, além de levar meus conhecimentos prévios à prática profissional e de realizar a intervenção no serviço que permitiu melhorar a atenção a saúde do público alvo e o vínculo da comunidade com a equipe. Foi muito importante conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, com maior vínculo entre os profissionais da equipe para garantir uma atenção em saúde com maior qualidade.

Entre os aprendizados que considero mais relevantes em decorrência do curso, noto o processo de engajamento público na consolidação do SUS, o conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social, como

a apropriação pela população da política de saúde pública em termos de participação nas escolhas e decisões, o controle do planejamento e execução das ações de saúde, e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo. Outro importante assunto aprendido foi o acolhimento, que é muito importante para a atenção dos usuários, sendo fundamental perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a autonomia, melhorar as condições de vida, e outras situações onde podemos planejar ações e organização do processo de trabalho. Também conheci os protocolos disponibilizados pelo Ministério de Saúde relativo à atenção das ações programáticas e condições de vida e saúde mais comuns, facilitando a sistematização dos conhecimentos e levar um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 36. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica - diabetes mellitus**. 2 ed. Brasília-DF, 2013: p. 17-23a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 37. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica - hipertensão arterial sistêmica**. 2 ed. Brasília-DF, 2013: p. 20-24b.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 A A+ Quebrar Texto Automaticamente Colar N I S - A - Mesclar e Centralizar Alinhamento Número % 000 0,00 0,00 Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Células AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1							
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1						
5		2						
6		3						
7		4						

Pronto Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores 125% 18:11 17/08/2015

Anexo C - Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo D - Caderno de ações programáticas

Caderno de Ações Programáticas

https://dms.ufpel.edu.br/capt8/index.php/caderno?userkey=06766096195

PRÉ-NATAL
 PUERPÉRIO
 SAÚDE DA CRIANÇA
 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO
 CÂNCER DE MAMA
 HIPERTENSÃO
 DIABETES
 SAÚDE DA PESSOA IDOSA
 SAÚDE BUCAL
 SÍNTESE

Caderno

De Ações Programáticas

Esta ferramenta foi desenvolvida no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel - Modalidade de ensino a distância, para ajudar você a realizar Análise Situacional da sua UBS, com base nas ações programáticas mais realizadas em atenção básica.

- Selecione a Unidade da Federação.
- Selecione o município em que você está trabalhando.
- Selecione a Unidade de Saúde.
- Informe a POPULAÇÃO TOTAL da área de abrangência.

[Editar meu Caderno](#)

Denominadores

Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1190
Mulheres entre 25 e 64 anos	906
Mulheres entre 50 e 69 anos	271
Gestantes na área - 1% da população total	54
Menores de 1 ano	53
Menores de 5 anos	106
Pessoas de 5 a 14 anos	625
Pessoas de 15 a 59 anos	2317
Pessoas com 60 anos ou mais	390
Pessoas entre 20 e 59 anos	1979
Pessoas com 20 anos ou mais	2369
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	746
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	213

Estes números foram estimados a partir da distribuição da população da sua área por idade e sexo e serão os DENOMINADORES para os indicadores de cobertura das ações programáticas.

[Créditos](#)

Anexo E - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante